

HAND-ATLAS

DER

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE.

Von

Dr. Eduard Martin,

Ritter des rothen Adler- und des weissen Falkenordens, Geh. Medicinalrath und ordentl. Prof. der Medicin, Director des geburtshülflich-klinischen Instituts der Universität und der gynäkologischen Klinik in dem Königl. Charité-Krankenhause, Mitglied mehrerer gelehrten Gesellschaften.

Ein und siebenzig Tafeln,

enthaltend 303 Figuren in Lithographie und Buntdruck.

BERLIN, 1862.
Verlag von August Hirschwald,
Unter den Linden 68.


LANE
MEDICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885
LEVI COOPER LANE FUND

HAND-ATLAS

DER

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE.

Von

Dr. Eduard Martin,

Ritter des rothen Adler- und des weissen Falkenordens, Geh. Medicinalrath und ordentl. Prof. der Medicin, Director des geburtshülflich-klinischen Instituts der Universität und der gynäkologischen Klinik in dem Königl. Charité-Krankenhause, Mitglied mehrerer gelehrten Gesellschaften.



BERLIN, 1862.
Verlag von August Hirschwald,
Unter den Linden 68.

Vorwort.

Die zahlreichen Bilderwerke zur Erläuterung der Geburtshülfe umfassen, wenige ausgenommen, neben Abbildungen des Beckens und der weiblichen Genitalien im gewöhnlichen Zustand fast ausschliesslich die Entwickelung des Ei's und der Gebärmutter während der Schwangerschaft, die Fruchtlagen, die geburtshülflichen Instrumente und die Manoeuvres bei den Operationen. Abgesehen davon, dass die Zeichnungen der Kindeslagen wie der Operationen fast immer schematisch nach willkührlichen Einstellungen einer Puppe in das Phantom oder in ein Becken gefertigt sind, gewähren diese Werke eine ungenügende Einsicht in die dem Arzt als Geburtshelfer und somit als Frauenarzt nöthigen Gegenstände. Die Geburtshülfe muss in ihrem natürlichen Zusammenhang mit der Lehre von den übrigen weiblichen Sexualfunctionen und den mannichfaltigen physiologischen und pathologischen Veränderungen der Sexualorgane, also in ihrem Verhältniss zur Gynäkologie aufgefasst und bearbeitet werden. So verlangt es die wissenschaftliche Methodik, welche sich mehr und mehr gegen die fortdauernde Herrschaft der Hebammenlehrweise auflehnt, so fordert es die Praxis, welche längst an den Arzt, der Geburtshelfer ist, auch das Verlangen der Hülfe in sogenannten Frauenkrankheiten richtet.

Unter der Voraussetzung, dass diese gemeinschaftliche Darstellung der physiologischen und pathologischen Zustände der

Billigung, nie auf eine allgemeine Anerkennung Anspruch haben, weggelassen. — Derselbe Grund, welcher die Zahl der Abbildungen überhaupt beschränkte und alles nicht Nothwendige ausschloss, beschränkte insbesondere die Zahl der bunten Tafeln, sowie er dazu nöthigte, vorzugsweise Copien von bereits vorhandenen Bildern zu liefern, da Original-Abbildungen den Preis ungleich vertheuert haben würden. Bei der Auswahl der einzelnen Bilder habe ich vor Allem nach solchen gesucht, welche mit Befunden an Lebenden oder in der Leiche, wie ich sie selbst gesehen, möglichst übereinstimmten.

Die grösseren Bilderwerke, aus welchen ich mehrere Darstellungen entlehnt habe, sind folgende:

Smellie, Wilh., A set of anatomical tables with explanations. Lond. 1754. Deutsch von G. L. Huth. Nürnberg 1758. Fol.

Hunter, Guil., Anatomia uteri humani gravidi tabulis illustrata. Lond. 1774. Fol.

(Froriep, Ludw. und *Rob.)*, Chirurgische Kupfertafeln. Weimar 1820—47. 4.

(v Froriep, Ludw.), Geburtshülfliche Demonstrationen. 11 Hefte. Weimar 1824—32.

Cruveilhier, J., Anatomie pathologique. Paris 1829—42. Fol.

Boivin, Mm. et *Dugès, A.*, Traité pratique des maladies de l'uterus et de ses annexes. Paris 1833. Atlas. Fol.

Busch, D. W. H., Die theoretische und praktische Geburtskunde durch Abbildungen erläutert. Berlin 1834—38.

Moreau, F. J., Traité pratique des accouchemens. Atlas. Paris 1837.

Kilian, H. Fr., Geburtshülflicher Atlas in 48 Tafeln. Düsseldorf. 1836 ff.

Kiwisch v. Rotterau, Fr. A., Atlas zur Geburtskunde. 1. Abtheilung. Erlangen 1851.

Viele specielle Bildwerke, welche ich benutzt habe, sind bei den betreffenden Tafeln citirt.

Der Lithograph Herr A. Schütze hat sich im Allgemeinen bemüht, meine Forderungen zu befriedigen, in einzelnen Fällen aber hat derselbe gegen meinen Willen die Bilder nicht mit dem Hohlspiegel auf den Stein übertragen, so dass manche Darstellungen nicht die Stellung des Originals direct wiedergeben.

Ein wesentlicher Fehler ist meines Wissens daraus nicht erwachsen, allein ich halte es doch für Pflicht, hier davon zu sprechen, damit nicht strenge Kritiker diesen Fehler irrthümlich mir zur Last legen.

Was endlich die Anordnung der Tafeln betrifft, so folgt dieselbe derjenigen Reihenfolge der Gegenstände, welche ich bei meinen alljährlich zu haltenden Vorträgen über Gynäkologie seit Jahren einhalte, und welche die tabellarische Uebersicht auf S. 5 ff. ausführlich darlegt. Den Anfang macht die Anatomie des Beckens und der weiblichen Sexualorgane, dann folgt die Entwickelung des Eies und der mütterlichen Sexualien während der Schwangerschaft, hieran reihen sich die pathologischen Veränderungen der äusseren Genitalien, sodann diejenigen der Scheide, der Gebärmutter, der Eileiter und der Eierstöcke, der Eihüllen, des Mutterkuchens, der Früchte und deren Lage, sodann des Beckens als Geburtshinderniss; den Schluss macht eine kurze Uebersicht der gynäkologischen und geburtshülflichen Instrumente, welche gegen meinen Wunsch fast allein auf die von mir gebrauchten beschränkt werden musste. Dass im Einzelnen manche Abweichung von der angedeuteten Ordnung eingetreten ist, wurde durch die gebotene möglichst umsichtige Benutzung des Raumes veranlasst; doch dürften diese Abweichungen von dem zu Grunde liegenden Plane den Einsichtigen nicht stören.

Indem ich dem ärztlichen Publikum das Urtheil über den gynäkologischen Hand-Atlas, dessen Mängel ich durchaus nicht verkenne, geziemend anheim stelle, protestire ich im Voraus nur gegen solche theils unbegründete, theils auf absichtlicher Entstellung beruhende Aussprüche, wie sie über mein im Jahre 1854 erschienenes Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen jüngst in der Vorrede zu einer anderen derartigen Schrift ergangen sind. Ich will gern glauben, dass der Verfasser der letzteren von einer ärgerlichen Stimmung beschlichen war, nachdem ihm, wie ich höre, nicht gelungen sein soll, auch nur einen Theil des Vertrauens sich zu erwerben, welches in demselben Wirkungskreise sein Vorgänger in so beglückendem reichen Maasse besessen hat; erblicke

darin aber durchaus keine Berechtigung, ebenso gesuchte, als unwahre Ausstellungen an einem Buche zu veröffentlichen, welches, indem es zuerst die naturgemässen Gränzen des Hebammenunterrichts festhielt u. s. w., bei seinem Erscheinen ausschliesslich zustimmender Urtheile sich erfreute. —

Möge nun dieses Compendium der Gynäkologie in Bildern bei Studirenden und Aerzten eine freundliche Aufnahme finden, und das Studium des Faches fördern, welches so wichtig und bedeutungsvoll für das Leben und die Gesundheit der Einzelnen, wie für das Glück der Familien und damit für das Wohl der Staaten es ist, doch noch nicht derjenigen allseitigen Anerkennung sich erfreut, die es beanspruchen kann und muss.

Berlin, den 8. August 1861.

Dr. Ed. Martin.

Einleitung.

Die Gynäkologie oder die Lehre von den weiblichen Geschlechtsorganen und deren Functionen, dem weiblichen Geschlechtsleben, umfasst das letztere nach allen seinen Erscheinungen im gesunden, wie im kranken Zustande.

Wenn man diese für das Wohlbefinden des Individuum wie für die Erhaltung der Gattung so wichtigen Functionen wissenschaftlich bisher nicht in ihrem natürlichen Zusammenhange betrachtet, sondern in die Lehre von den Frauenkrankheiten und die Geburtslehre geschieden hat, so ist die Ursache dieser Trennung nicht sowohl in der wesentlichen Verschiedenheit der Disciplinen, — denn bei beiden handelt es sich um dieselbe Organenreihe, und in diesen allein nur um verschiedene Entwickelungsstufen der Thätigkeit, — als vielmehr in der allmäligen Ausbildung des Unterrichts und der bisher vorwiegenden Bearbeitung des einen Theiles, der Geburtslehre, zu suchen. Jene zufällige Scheidung ist aber für die richtige Auffassung der einzelnen Abschnitte, wie für die Würdigung des Ganzen sehr nachtheilig; denn beide Theile hängen so innig zusammen, dass die Bearbeitung des einen Theils getrennt von dem anderen entweder lückenhaft bleiben oder Betrachtungen aufnehmen muss, welche, streng genommen, nicht dahin gehören, jedenfalls aber die wünschenswerthe Uebersicht nicht gewährt.

Nachdem in der neuesten Zeit die Lehre von den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane eine der Geburtslehre entsprechende Ausbildung erlangt hat, scheint der Zeitpunct gekommen, bei der wissenschaftlichen Bearbeitung des in Rede stehenden Zweiges der Heilkunde den organischen Zusammenhang der bezüglichen Lehren zur Geltung zu bringen und beide Abschnitte gemeinsam als ein Ganzes abzuhandeln. Mit dieser naturgemässen Zusammenfassung der einzelnen Theile der Gynäkologie werden sich zugleich

neue Gesichtspuncte für die Vervollkommnung der besonderen Lehren ergeben, — so dass der hier und da gehegte Wahn schwinden wird, die Lehre von der Geburtshülfe sei bereits ein fertiges, für sich abgeschlossenes Gebiet der Heilkunde. Gleichzeitig wird damit die richtige Einfügung der hier zu behandelnden Lehren in das System der Medicin genügender als bisher gelingen, — und so endlich die Gynäkologie die ihr gebührende Anerkennung bei den Aerzten gewinnen.

In früherer Zeit, in welcher man die Ausziehung der Frucht und der Nachgeburt für die Hauptaufgabe der Geburtshülfe ansah, wurde vielfach behauptet, dieselbe bilde einen Theil der Chirurgie, d. h. eines Complexes mechanischer Hülfeleistungen in der Heilkunde. Diesem Irrthum traten bereits die ersten selbstständigen wissenschaftlichen Bearbeiter des Fachs im vorigen Jahrhundert entgegen, und obschon einzelne Autoren dem Wortsinn entsprechend die Geburtshülfe auf das engste begrenzten, und allein den Hergang der Geburt als Gegenstand dieser Disciplin bezeichneten, so ward doch festgestellt, dass es sich dabei um „medicinische“ neben mechanischer Kunsthülfe handelt. Die Neueren erkannten sodann bald, dass eine wissenschaftliche Bearbeitung des Fachs sich nicht auf die Geburt beschränken könne, sondern zugleich die Lehre von der Schwangerschaft und dem Wochenbett aufnehmen müsse. So kam es, dass fast alle anerkannten neueren Autoren in den Lehrbüchern der Geburtshülfe bereits den ganzen Cyclus von Vorgängen erhöhter weiblicher Geschlechtsthätigkeit abhandelten. Sahe doch bereits der scharfsinnige, um die Methodologie des Fachs in seiner engsten Begrenzung hochverdiente Fr. C. Naegele sich gezwungen, trotz der von ihm angenommenen Beschränkung der Geburtshülfe auf den Act der Geburt, die Lehre von der Schwangerschaft sowohl im gesundheitgemässen, als im fehlerhaften Verhalten, letztere wenigstens theilweise in sein Lehrbuch aufzunehmen.

Schwangerschaft, Geburt und Säugung bilden aber wiederum, wie bereits angedeutet, nichts anderes, als die in bestimmter Weise angeregte und entwickelte Lebensthätigkeit der Geschlechtsorgane des Weibes, welche, auch abgesehen von dieser eigenthümlichen Steigerung, zur Zeit der Blüthejahre die mächtigste Rückwirkung auf das übrige Befinden der Frauen übt, so dass man nicht ohne Grund behauptet hat: die grosse Mehrzahl der so häufigen eigenthümlichen Leiden der Frauen sei von diesem Organencomplex herzuleiten, und nur von dort aus mit dauerndem Erfolg zu behandeln.

Unter diesen Umständen mag man es begreiflich finden, wenn die ursprünglich aus einem wesentlich verschiedenen Grunde — weil die älteren

Lehrbücher zunächst zum Unterricht der Hebammen geschrieben waren — in die Geburtshülfe aufgenommene Beschreibung der weiblichen Geschlechtstheile im nicht schwangeren Zustande auch in den neueren Lehrbüchern der Geburtshülfe für Aerzte beibehalten wurde, obschon diese strenggenommen allein von dem Zustande der genannten Organe während der Schwangerschaft, Geburt und Säugung handeln sollten. Ich erblicke darin einen ferneren Beweis für den längst gefühlten, — nur zufällig zerrissenen Zusammenhang der verschiedenen Lehren unseres Fachs.

Einen sehr naheliegenden Schritt weiter zur logischen Abrundung desselben that Kiwisch, indem er in sein leider unvollendetes Lehrbuch der Geburtshülfe die Betrachtung der gesammten Fortpflanzungsvorgänge im Weibe aufnahm. — Aber auch mit dieser Erweiterung des Umfangs der Geburtshülfe wird den Forderungen einer logischen Systematik und der Praxis keineswegs genügt. Die krankhaften Veränderungen der weiblichen Sexualien im ungeschwängerten Zustande sind theils von so grossem Einfluss auf das Zustandekommen und den Verlauf der Schwangerschaft, Geburt und Säugung, theils so häufig die unmittelbare Folge von Störungen im Ablauf der erhöhten Geschlechtsthätigkeit, vor Allem bei und nach der Geburt, dass, wenn schon theoretisch eine Abhandlung über die Physiologie und Pathologie des erhöhten weiblichen Geschlechtslebens ohne unmittelbare Verbindung mit der Lehre von dem gesundheitgemässen wie krankhaften Verhalten der weiblichen Geschlechtsorgane und Geschlechtsfunction im gewöhnlichen Zustande unvollständig und mangelhaft erscheinen muss, noch weit mehr der denkende Practiker das Bedürfniss nach einer zusammenhängenden Bearbeitung der verschiedenen Theile der Gynäkologie finden wird.

Erwarten und verlangen die leidenden nicht schwangeren Frauen doch auch in richtigem Tact vom Geburtshelfer vorzugsweise Erkenntniss und Abhülfe ihrer mannichfaltigen Beschwerden.

Nur bei einer gemeinsamen, logisch geordneten Betrachtung der weiblichen Sexualien in ihren verschiedenen Entwickelungsphasen sowohl während des gesundheitgemässen, als auch während des fehler- und krankhaften Verhaltens erlangt die einzelne Lehre wie das ganze Fach die richtige Stellung und Begründung. —

Die bis jetzt vorliegenden Versuche, die Geburtslehre in näherem Zusammenhang mit den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane zu bearbeiten, haben die gangbare Trennung der Fächer wesentlich nicht gehoben. Denn, um ein Paar Beispiele anzuführen, C. G. Carus scheidet sein Lehrbuch

der Gynäkologie in zwei Theile, von welchen der eine die physiologischen und pathologischen Zustände der weiblichen Geschlechtsorgane bei Nichtschwangeren, der andere dieselben bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen abhandelt, fast so, als ob wir zwei Lehrbücher vor uns sehen, obschon der Hinweis darauf, dass die Lehre von den Frauenkrankheiten unmittelbar neben die Geburtslehre gehöre, so wie die richtigere Stellung der Beschreibung der weiblichen Sexualorgane im gewöhnlichen Zustande u. s. w. einen beachtenswerthen Fortschritt begründet. — Das sehr ausführliche Werk meines Amtsvorgängers, D. H. W. Busch, über das Geschlechtsleben des Weibes berücksichtigt die so wichtigen Vorgänge der Geburt so wenig, dass es zwar die Krankheiten der Schwangeren und Gebärenden, aber nicht die Störungen der Schwangerschaft und Geburt der entsprechenden Betrachtung würdigt, obschon dieselben, als der Gipfelpunct des weiblichen Geschlechtslebens, doch wohl vor Allem in der fünfbändigen Arbeit eine eingehende Berücksichtigung verdient hätten.

Wenn ich in dem Folgenden zunächst einen schematischen Grundriss der Gynäkologie vorlege, nach welchem ich seit einer Reihe von Jahren die Lehre von den weiblichen Geschlechtsorganen und deren Functionen im gesunden, wie im kranken Zustande, und von den eigenthümlichen Heilmethoden des Fachs vorgetragen habe, so bin ich mir wohl bewusst, dass die Ordnung mannichfaltig abgeändert werden kann, und lege auf meine Darstellung nur denjenigen Werth, welcher aus einer mehrjährigen erfolgreichen Benutzung sowohl zur vollständigen Besprechung der hierher gehörigen einzelnen Lehren, als auch zur leichteren Uebersicht des Ganzen, wie zur fasslichen Einordnung des Einzelnen sich ergeben dürfte.

Zugleich bietet aber diese schematische Uebersicht den Schlüssel für die Anordnung der Tafeln des gynäkologischen Handatlas, obschon einzelne Abweichungen in der Reihenfolge der Abbildungen aus technischen Gründen nicht ganz vermieden werden konnten.

Uebersicht der Gynäkologie

mit Einschluss der Geburtshülfe.

Einleitung.

1. Begriff, Umfang und Bedeutung der Gynäkologie. Literatur.
2. Aeussere Geschichte der Gynäkologie. Literatur.
3. Ueber die Eigenthümlichkeiten des weiblichen Körpers und Lebens, abgesehen von den Sexualien und deren Functionen.

I. Theil.

Anatomie und Physiologie der gesunden weiblichen Geschlechtstheile und deren Functionen.

I. Von der nächsten Umgebung der weiblichen Sexualien, insbesondere von dem weiblichen Becken.

a. Die das Becken zusammensetzenden Theile und deren Entwickelung.
b. Die Verbindungen der Beckenknochen (Taf. I. II.).
c. Das Becken als Ganzes (Taf. I.—VI.),
  1. frei von Weichtheilen (Taf. I.—III.).
    Gestalt der verschiedenen Aperturen,
    Beckenkanal, Mittellinie,
    Neigung des Beckens.
    Individuelle und Raçenverschiedenheiten.
  2. Die Auskleidung des Beckens von Weichtheilen; das Becken im lebenden Weibe (Taf. IV.).
  3. Die im Becken ausser den Sexualien enthaltenen Theile (Taf. IV. VI.).

II. Die weiblichen Geschlechtstheile im nicht-schwangeren Zustande.

1. Die äusseren Geschlechtstheile (Taf. V.).
2. Die inneren Geschlechtsorgane;
  deren Lage im Becken (Taf. VI.),

a. Die Scheide (Taf. VII.).
b. Die Gebärmutter in ihren verschiedenen Entwickelungszuständen bei Nicht-Schwangern. (Taf. VII. und VIII.),
Lage, Gestalt, Grösse,
Gewebe, Gefässe, Nerven.
c. Die Mutterbänder: seitliche, vordere, hintere.
d. Die Eileiter mit den Fransen.
e. Die Eierstöcke (Taf. VIII.),
die Graaf'schen Follikel.
Der Nebeneierstock (Taf. VIII.).
3. Die Brüste (Taf. IX.).

III. Die weibliche Geschlechtsthätigkeit.

1. Entwickelung der Pubertät. — Diätetik derselben.
2. Menstruation. — Diätetik der Menstruation..
3. Die erhöhte weibliche Geschlechtsthätigkeit,
a) Empfängniss, Bedingungen derselben.
b) Schwangerschaft,
Dauer derselben.
I. Veränderungen am mütterlichen Körper (Taf. X. XII.—XVI.),
aa. in den Geschlechtsorganen,
1. in der Gebärmutter,
α. hinsichtlich der Gewebe:
hinfällige Haut,
Muskel- und Gefässschicht,
seröser Ueberzug;
β. hinsichtlich der Grösse und des Gewichts,
γ. hinsichtlich der Gestalt,
δ. hinsichtlich der Lage;
2. in der Scheide,
3. in den Brüsten;
bb. im übrigen Körper:
Unterleib, Nabel, Hüften und Schenkel.
Rückwirkung auf die übrigen Lebensthätigkeiten.
II. Entwickelungen am menschlichen Ei (Taf. X. XI. XVII. XVIII. XIX.).
1. Epoche, Nabelblasenkreislauf, Embryo.
2. Epoche.
a. Eihäute.
b. Fruchtwasser, wahres und falsches.
c. Mutterkuchen (Taf. XI.).
d. Nabelstrang.
e. Die menschliche Frucht.
Kreislauf in derselben.
Ausscheidungen:

Käseschleim (Taf. XIX.),
Kindspech (Taf. XIX.),
Urin.
Lage, Haltung, Stellung der Frucht.
Geschichte der Schwangerschaft nach vierwöchentlichen Abschnitten.
Kennzeichen der Schwangerschaft (unsichere, wahrscheinliche, gewisse).
Zeitrechnung der Schwangerschaft.

c) Die Geburt.
Begriff und Skizze des Geburtsverlaufs.
A. Dynamik — Wehenthätigkeit.
1. Contractionen der Gebärmutter,
Erscheinungen.
Periodische — permanente Contraction.
Veranlassungen der Gebärmutterzusammenziehungen.
2. Zusammenziehungen der Scheide.
3. Thätigkeit der Bauchpresse.
Specielle Geschichte der Wehen und ihrer unmittelbaren Wirkung:
Erste Geburtszeit — Eröffnungsperiode (umfasst die erste und zweite Periode der älteren Eintheilung).
Zweite Geburtszeit — Austreibungsperiode (umfasst die dritte und vierte Periode der Autoren).
Dritte Geburtszeit — Nachgeburtsperiode.
B. Mechanismus der Geburt.
Gesetze desselben.
Eintheilung der Fruchtlagen.
a. Geburten mit vorliegendem Kopfende.
1. Schädellagen. Allgemeines.
Erste Kopfstellung (Taf. XX. und XXI. 1.).
Zweite Kopfstellung.
Varianten (Taf. XXI. 2.).
2. Gesichtslagen (Taf. XX.). Entstehung derselben.
Erste Gesichtsstellung.
Zweite Gesichtsstellung.
b. Geburten mit vorausgehendem Beckenende. Allgemeines über Zustandekommen, Erscheinungen, Prognose u. s. w.
Durchgang des kindlichen Oberkörpers durch die mütterlichen Geburtswege bei den Beckenlagen.
1. Steiss- und Fusslagen.
Erste Steiss- und Fussstellung,
Zweite Steiss- und Fussstellung (Taf. XX. 2.).
2. Knielagen.

Ueber mehrfache Schwangerschaft und Geburt.
(Taf. XXIII.)

Zeichenlehre der Geburt.
1. Kennzeichen der begonnenen Geburt.
2. Kennzeichen des Lebens der Frucht.
3. Kennzeichen der Reife der Frucht.

d) Wochenbett und Säugung.

A. Veränderungen an der Mutter:
1. örtliche an den Genitalien, insbesondere der Gebärmutter (Taf. VIII. Fig. 1.),
2. allgemeine am übrigen Körper.

B. Veränderungen am neugeborenen Kinde:
1. der Haut,
2. des Nabelschnurrestes und Nabels,
3. der Lungen,
4. der Kreislaufsorgane,
5. der Nieren und des Darmkanals.

Zeichen einer vor längerer Zeit überstandenen Geburt.

Diätetik

1. der Schwangeren,
2. der Gebärenden,
   a. bei regelmässigen Kindeslagen,
   b. bei ungewöhnlichen Kindeslagen,
   c. bei mehrfachen Geburten;
3. der Wöchnerinnen und Säugenden,
4. der Neugeborenen und Säuglinge.

4. Erlöschen des Geschlechtslebens beim Weibe. — Diätetik der Cessation.

II. Theil.

Pathologie und Therapie der weiblichen Geschlechts-Organe und deren Functionen.

A. Fehler und Krankheiten der weiblichen Sexual-Organe.

1. Fehler und Krankheiten der äusseren Schamtheile. Fehlerhafte Bildung. (Taf. XXVII. und XXVIII.)

a. Fehler und Krankheiten der grossen Schamlefzen.
1. Mangel und rudimentärer Zustand.
2. Verwachsung (Taf. XXVII.).
3. Hypertrophie.
4. Schamlefzenbrüche.



5. Oedem.
6. Varicositäten.
7. Blutgeschwülste.
8. Wunden.
9. Entzündung.
10. Chronische Exantheme. Lupus. (Taf. XXV. und XXVI.)
11. Condylome.
12. Fibroide. Lipome. Krebs.
13. Geschwüre.

b. Fehler und Krankheiten der kleinen Schamlefzen:
1. Mangel und ungewöhnliche Grösse.
2. Verwachsung.
3. Oedem.
4. Entzündung, (Pruritus vulvae).
5. Geschwüre.

c. Entzündung der Bartholin'schen Drüse und ihres Ausführungsganges (Taf. XXIV.).

d. Fehler und Krankheiten des Dammes:
1. Mittelfleischbrüche.
2. Dammrisse, frische und veraltete.

e. Fehler und Krankheiten des Kitzler:
1. Mangel — Vergrösserung (Taf. XXV. Fig. 1.).
2. Entzündung.
3. Degenerationen.

f. Fehler und Krankheiten der weiblichen Harnröhre:
1. Erweiterung.
2. Geschwülste in derselben (Taf. XXVI. Fig. 3.).
3. Entzündung.

g. Fehler des Hymen:
1. Mangel — völlige Verwachsung (Taf. XXVIII.).
2. Ungewöhnliche Festigkeit.
3. Wucherung auf demselben.

2. Fehler und Krankheiten der inneren Sexualorgane:

a. Fehler und Krankheiten der Scheide:
1. Mangel, Verwachsung (Taf. XXVIII.), Verengerung (Taf. XXVIII.), Theilung (Taf. XXX. XXXI.).
2. Scheidenvorfall und Scheidenbrüche, Cystocele, Enterocele, Rectocele (Taf. XXIX.).
3. Entzündung:
   a. acute (katarrhalische, diphtheritische),
   b. chronische,
      aa. mit Papillarhypertrophie (Taf. XLVII. Fig. 6.),
      bb. mit Hyperästhesie und Krampf des Scheideneinganges.
4. Cysten (Taf. XLVII. Fig. 1)., Fibroide.
5. Cancroide, Krebs, Tuberculose.

6. Verwundungen, Geschwüre.
7. Blasen-, Darm- und Mastdarmscheidenfisteln.

b. Fehler und Krankheiten der Gebärmutter.
1. Mangel, rudimentäre Bildung, Theilung (Taf. XXX. — XXXII.).
2. Verengerung, Verwachsung.
3. Schiefheit (Taf. XXXIII.).
4. Schieflage, Gebärmutterbruch, Vor- und Rückwärtsneigung.
5. Beugung und Knickung (Taf. XXXIV. und XXXV.).
6. Umstülpung (Taf. XXXVI. XXXVII.).
7. Senkung und Vorfall (Taf. XXXVIII. XXXIX.).
8. Partielle und allgemeine Verlängeruug und Verdickung (Hypertrophie, chronischer Infarct) (Taf. XXXVII. XL.).
9. Schleimhautwucherungen, Papillom, Cancroid, Follikularpolyp, Cystosarcom (Taf. XL. — XLII.).
10. Fibröser Polyp, Fibroide (Taf. XLII. XLIII.).
11. Krebs (Taf. XLIV.), Tuberculose (XLVIII.).
12. Entzündung,
    aa) Schleimhautentzündung,
        α) acute: katarrhalische, croupöse, diphtheritische,
            bei Nichtschwangeren, (Taf. XLVII.),
            bei Schwangeren (Taf. XLVII.),
            bei Wöchnerinnen (Taf. XLVII.),
                mit Lymphgefässentzündung (Taf. XLV.),
                mit Thrombosis der Venen (Taf. XLVI.);
        β) chronische,
            αα) des Mutterhalskanales,
                mit Erosionen und Papillarhypertrophie, Ectropium (Taf. XLV. Fig. 4. XLVII.),
            ββ) der Gebärmutterhöhle:
                Gebärmutterwassersucht Nichtschwangerer (Hydrometra), Schwangerer (Hydrorrhöa).
    bb) Parenchymatöse Gebärmutterentzündung.
    cc) Entzündung des serösen Gebärmutterüberzuges,
        α) bei Nichtwöchnerinnen,
        β) bei Wöchnerinnen.
13. Wunden, Zerreissung, Geschwüre (Taf. XL. Fig. 3. 4.).

c. Fehler und Krankheiten der Eileiter:
1. Mangel, Verschliessung, Knickung.
2. Entzündung, Eileiterabscess.
3. Wassersucht (Taf. XLVIII.), Cysten.
4. Tuberkulose (Taf. XLVIII.).

d. Fehler und Krankheiten der runden und breiten Mutterbänder.
1. Entzündung, Abscess.
2. Bluterguss (Haematocele periuterina).
3. Cysten, Hydrocele.

e. Fehler und Krankheiten der Eierstöcke:
   1. Mangel, rudimentäre Bildung, Atrophie.
   2. Lagenfehler.
   3. Eierstocksentzündung, — Abscess (Taf. XLVI. Fig. 2. 3. 4.).
   4. Eierstocksblutung.
   5. Cysten und Cystoiden (Taf. XLIX.),
      Haar-, Zahn- und Fettbälge (Taf. L.).
   6. Fibroid, Krebs, Tuberkel.

f. Fehler und Krankheiten der Brustdrüse:
   1. Mangel, rudimentäre Bildung, Atrophie, Ueberzahl.
   2. Hypertrophie des Fettgewebes, Drüsengeschwulst (Taf. LI.).
   3. Fibroid, Sarcom, Knorpel- und Knochenbildung.
   4. Cysten, Cystosarcom (Taf. LI.).
   5. Krebs (Taf. LI.).
   6. Wundsein und Geschwüre der Warze.
   7. Eczem des Warzenhofes.
   8. Hämorrhagien, Milchfluss, Milchmangel.
   9. Entzündung der Brustdrüse und des umgebenden Zellgeweb[illegible]ss,
      Milchfistel.

B. Störungen der Sexualfunctionen.

1. Störungen und Fehler der Menstruation.
   Amenorrhöe.
   Profuse Menstruation.
   Dysmenorrhöe.
2. Sterilität.
3. Fehler und Störungen der Schwangerschaft und Geburt.
   a. Fehler und Störungen der Schwangerschaft.
      1. Schwangerschaft am unrechten Ort, in einem rudimentären Uterushorn und ausserhalb der Gebärmutter (Taf. XXX. XXXI. XLVIII.). Lithopädion (Taf. LVI.).
      2. Sitz des Mutterkuchens auf dem inneren Muttermunde (Taf. LIV.).
      3. Placentalblutungen bei gewöhnlichem Sitz, Placentalapoplexie (Taf. LIII.).
      4. Molenschwangerschaft (Taf. LII.).
      5. Vorzeitige Ausstossung des Eies (Abortus, unzeitige und Frühgeburt).
   b. Geburtsstörungen:
      I. Erschwerte und verzögerte Geburten:
         1. durch fehlerhafte Wehen:
            a. Wehenschwäche:
               α) hinsichtlich der Gebärmutterzusammenziehungen,
               β) hinsichtlich der Mitwirkung der Bauchpresse.
            b. Krampfhafte Wehen:
               α) tonische: Trismus, Tetanus, Strictur,
               β) klonische Krampfwehen.

2. durch fehlerhafte Beschaffenheit der weichen Geburtswege:
   a. mangelhafte Erweiterung des Muttermundes,
   b. Verengerungen der Scheide,
   c. obturirende Geschwülste der Weichtheile im Becken (Taf. XXVIII. Fig. 3.).
3. durch Beckenenge:
   a. allgemeine Beckenenge,
   b. theilweise Beckenenge:
      α. vorwiegend im geraden Durchmesser verengte Becken:
         1. in Folge von Rachitis (Taf. LXII.),
         2. in Folge von Spondylolisthesis (Taf. LXIII.);
      β. querverengte Becken:
         1. schnabelförmige, in Folge von Osteomalacie der Erwachsenen verengte Becken (Taf. LXIV.),
         2. in Folge von beiderseitiger Ankylose der Hüftkreuzbeinfuge verengte Becken (Taf. LXV.);
      γ. schräg verengte Becken:
         1. in Folge von Ankylose der einen Hüftkreuzbeinfuge (Taf. LXVI.),
         2. ohne Ankylose (Taf. LXII.);
      δ. Durch Knochenauswüchse und Wucherungen der Beckenknochen verengte Becken (Taf. LXV. LXVII.);
4. durch ungewöhnliche Grösse und Gestalt der Frucht erschwerte Geburten:
   a. übermässige Grösse des ganzen Kindes und mehr als gewöhnliche Härte des Kopfes,
   b. Wasserkopf (Taf. LVII.),
   c. Bauchwassersucht und andere Vergrösserungen des Bauches (Taf. LVIII. LIX.),
   d. Geschwülste an der Oberfläche, z. B. am Steiss, (Taf. LVIII. Fig. 4.),
   e. Doppelmonstra (Taf. LIX. LX.);
5. durch fehlerhafte Lage der Frucht (Taf. LXI.);
6. durch fehlerhafte Haltung der Frucht;
7. durch fehlerhafte Einstellung des vorliegenden Kindestheils;
8. durch übermässige Menge des Fruchtwassers;
9. durch fehlerhafte Beschaffenheit der Eihäute.

II. Geburtsstörungen ohne Erschwerung ihres Herganges:
   1. durch Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur,
   2. durch Umschlingung und Kürze der Nabelschnur,
   3. durch Zerreissung der Nabelschnur,
   4. durch Wehenüberstürzung,
   5. durch Convulsionen,
   6. durch Ohnmachten oder Erbrechen,
   7. durch Blutungen,
   8. durch Nachgeburtsverhaltung.

III. Theil.

Gynäkologische Diagnostik und Operationslehre.

A. Die gynäkologische Diagnostik.

1. Untersuchung mittelst des Tastsinnes und mit der Uterussonde (Taf. LXVIII. Fig. 1.).
2. Untersuchung mittelst des Gehörs.
3. Untersuchung mittelst des Gesichts. Mutterspiegel (Taf. LXVIII. Fig. 3.).
4. Beckenmessung (Taf. LXIX. Fig. 1. 2.).

B. Die gynäkologischen und geburtshülflichen Operationen.

1. Die Application des Catheters bei dem Weibe.
2. Die Dammnaht.
3. Die Operationen der Scheidenfisteln.
4. Die Abtragung
   a. der Schamlefzen,
   b. des Scheidentheils,
   c. der im Uterus befindlichen Geschwülste.
5. Die künstliche Eröffnung und Erweiterung des Scheiden- und des Muttermundes (Taf. LXVIII. Fig. 6.).
6. Die Reposition und Retention eines fehlerhaft gelagerten Theiles
   a. im nichtschwangern Zustande (Taf. LXVIII. Fig. 7—12),
   b. bei der Geburt
      1. Hand, Fuss,
      2. Nabelschnur (Taf. LXIX. Fig. 2.).
7. Die Zerreissung der Eihäute, das Wassersprengen.
8. Die künstliche Frühgeburt,
   (der künstliche Abortus).
9. Die Wendung der Frucht,
   a. durch äussere Handgriffe,
   b. durch innere Handgriffe.
10. Die Ausziehung der Frucht,
    a. an dem vorliegenden Kopf mittelst der Kopfzange (Taf. LXX. und LXXI.), (Hebel),
    b. an dem vorliegenden Steiss,
    c. an dem Fuss.
11. Die gewaltsame Entbindung.
12. Die Verkleinerung des Kindes,
    a. durch Perforation, Kephalothrypsie, Cranioklasie (Taf. LXIX. LXXI.),
    b. durch Embryotomie, Decapitation, Eventration (Taf. LXIX.).
13. Die Eröffnung eines neuen Weges für die Frucht,
    a. der Kaiserschnitt, (Schamfugenschnitt),
    b. der Bauchschnitt und Scheidenbauchschnitt.
14. Die künstliche Lösung und Entfernung der Nachgeburt.

Tafel I.

Figur 1.

Weibliches Becken mit Bändern von oben.

(Nach Kiwisch's Atlas der Geburtskunde. Erlangen 1851.)

A.A. Vierter Lendenwirbel.
B.B. Zwischenknorpel zwischen dem fünften Lendenwirbel und Kreuzbein.
C.C. Kreuzbein.
D.D. Steissbein.
E.E. Darmbeine.
F.F. Absteigende Schambeinäste.
G.G. Sitzbeine.
H. H. Oberschenkelbeine.
a. Ligamentum longitudinale anterius columnae vertebralis.
b.b. Vorberg, Promontorium.
c.c. Ligamenta ilio-lumbalia inferiora.
d.d. Ligamenta sacro-iliaca, unter welchen die Synchondrosis sacro-iliaca liegt.
e.e. Ligamenta sacro-coccygea.
f. Verbindung des Kreuzbeins mit dem Steissbein.
g.g. Ligamenta spinoso-sacra.
h. Ligamentum annulare, Symphysis ossium pubis.
i. Ligamentum arcuatum arcus ossius pubis.
k.k. Membrana obturatoria.
l.l. Ligamenta fibrosa articulatonis femoris.

Figur 2.

Ein senkrechter Beckendurchschnitt zur Demonstration der Neigung und der Mittellinie des Beckens.

(Nach Fr. C. Naegele, Das weibliche Becken. Carlsruhe 1825.)

A.B. Horizontale Linie.
a.b. Die zwei letzten Lendenwirbel.
c. Das Promontorium.

d. Die Verbindung des Kreuzbeins mit dem Steissbein.
e. Die Steissbeinspitze.
c.f. Der gerade Durchmesser des Beckeneinganges (Conjugata).
e.g. Der gerade Durchmesser des Beckenausganges.
c.g. Die Diagonalconjugata.
h.m. Die Axe des Beckeneinganges.
m.b.n. Die Mittellinie des kleinen Beckens.
f.g. Die Höhe der Schamfuge.
d.x. Die Linie, welche die hintere Wand des Beckenausganges bei Zurückbeugung des Steissbeins andeutet.

Figur 3.

Ansicht der rechten Hüftkreuzbeinfuge von hinten.

a. a. Durchsägter hinterer Theil des rechten Darmbeins.
b. Blossgelegte Hüftkreuzbeinfuge.

Figur 4.

Die rechte Hüftkreuzbeinfuge von oben blossgelegt.

a. Rechter Seitenflügel des ersten Kreuzbeinwirbels.
b.b. Durchsägtes Darmbein.
c. Hüftkreuzbeinfuge·
d. Ligamentum sacro-iliacum posticum dextrum.

Fig 1.

Fig 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Tafel II.

Figur 1.

Weibliches Becken von unten.

a. a. Gerader Durchmesser des Beckenausganges.
b. b. Querdurchmesser des Beckenausganges.
c. c. Rechter schräger Durchmesser des Beckenausganges.
d. d. Linker schräger Durchmesser des Beckenausganges.

Figur 2.

Weibliches Becken von oben.

a. a. Hinterer Querdurchmesser des grossen Beckens.
b. b. Vorderer Querdurchmesser des grossen Beckens.
c. c. Gerader Durchmesser des Beckeneinganges (Diameter conjugata).
d. d. Querdurchmesser des Beckeneinganges.
e. e. Rechter schräger Durchmesser des Beckeneinganges.
f. f. Linker schräger Durchmesser des Beckeneinganges.
c. gg. Distantia sacro-cotyloidea dextra et sinistra.

Figur 3.

Querschnitt der Schamfuge bei einer Hochschwangeren.

Figur 4.

Querschnitt der Schamfuge bei einer Nichtschwangeren.

Taf. II.

Fig. 1.



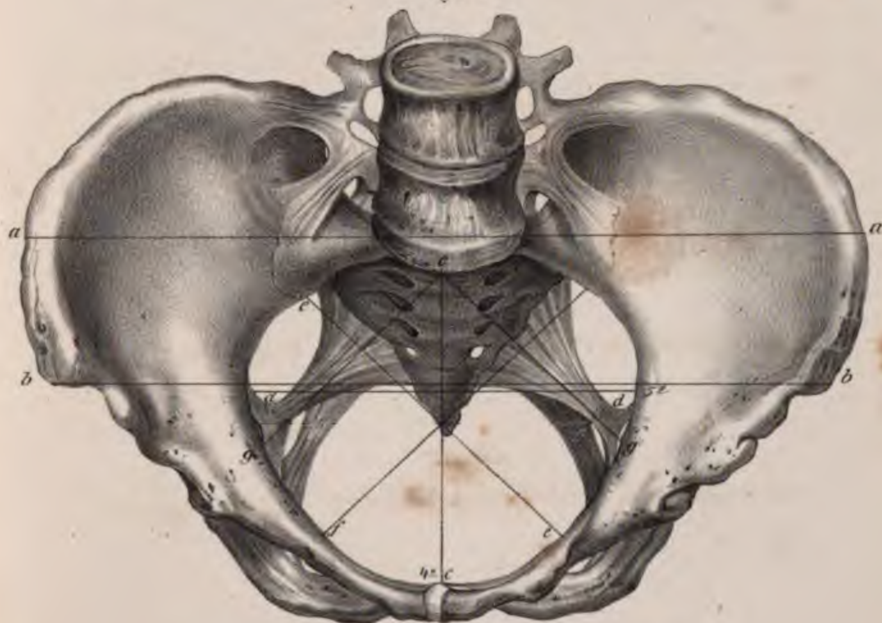
Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 2.



Tafel III.

Figur 1.

Zweite Apertur des weiblichen Beckens, sogenannte Beckenweite.

a.a. Querdurchmesser der Beckenhöhle.
b.b. Gerader Durchmesser der Beckenhöhle.

Figur 2.

Dritte Apertur, sogenannte Beckenenge.

a.a. Querdurchmesser der dritten Apertur.
b.b. Gerader Durchmesser der dritten Apertur.

Figur 3.

Vordere Beckenwand von innen.

a.a. Höhe der Schamfuge.
b.b. Gesammthöhe des Beckens.

Figur 4.

Senkrechter Querdurchschnitt des weiblichen Beckens.
Hintere Beckenwand.

a.a. Höhe der hinteren Beckenwand vom Vorberg bis zur Steissbeinspitze.
b.b. Höhe des kleinen Beckens an der Seite.

Fig. 2.

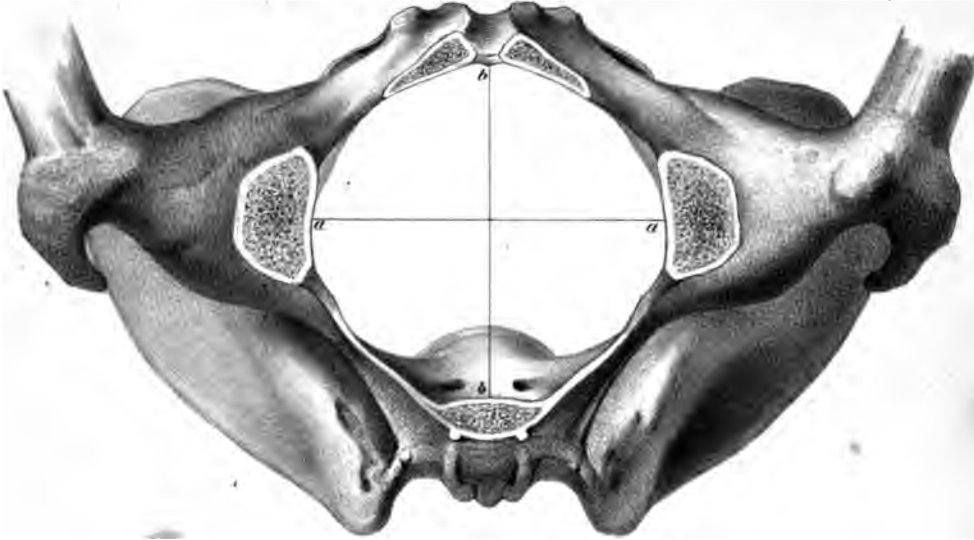


Fig. 1.

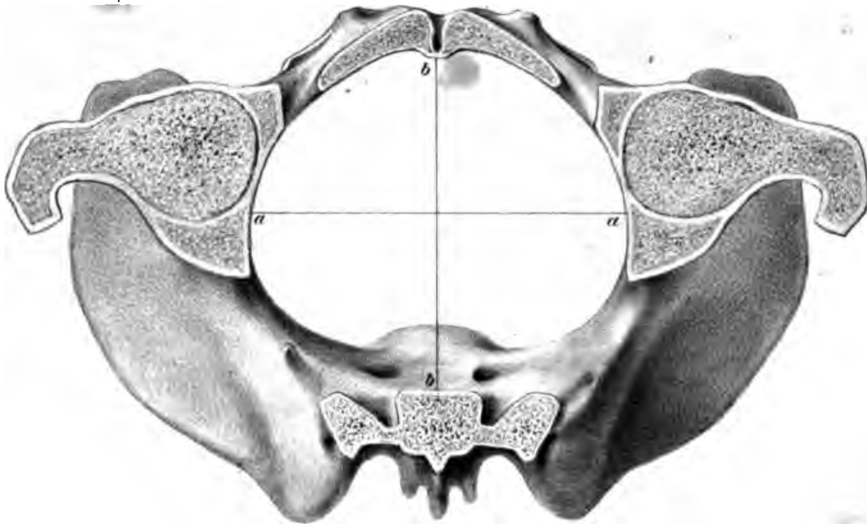


Fig. 3

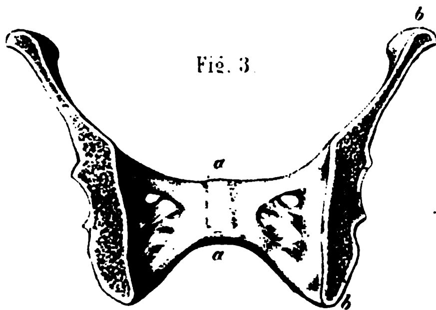
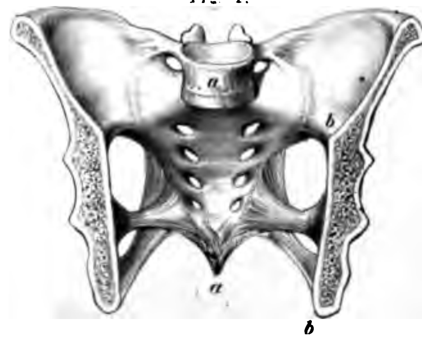


Fig. 4.



A. Schütze lith. in Berlin



Tafel IV.

Figur 1.

Becken mit Weichtheilen bekleidet.

a.a. Psoasmuskeln.
b. Bauchaorta.
c. Aufsteigende Hohlvene.
d.d. Darmbeinmuskeln (Musculi iliaci).

Figur 2.

Schematische Darstellung der Fascien im Beckenausgange.

(Nach Jarjavay, Thèse, Paris 1846, und P. Dubois, Traité complet de l'art des accouchements, Tome I., Paris 1849.)

a.a.a. Beckenfascie (Fascia pelvis).
b. Innere Dammbinde (Aponeurosis perinaei profunda).
c. Mittlere Dammbinde (Aponeurosis perinaei media).
d. Aeussere Dammbinde (Aponeurosis perinaei superficialis).

Figur 3.

Schematische Darstellung der Fascien im Beckenausgange.

(Nach Jarjavay und P. Dubois a. a. O.)

a.a. Scheide.
b.b. Fascia perinaei profunda.
c.c. Fascia perinaei media.
d.d. Fascia perinaei superficialis.
e.e. Aeussere Haut der grossen Schamlefzen.

Fig. 2.

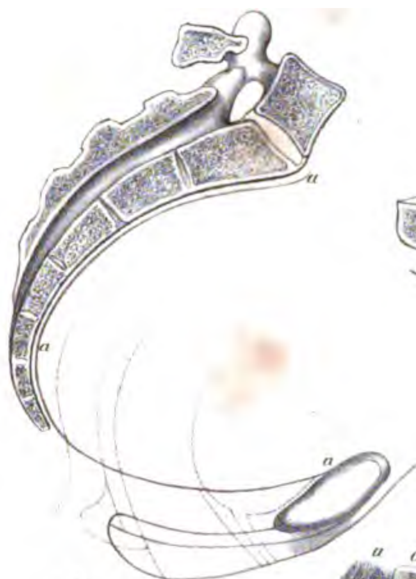


Fig. 3.

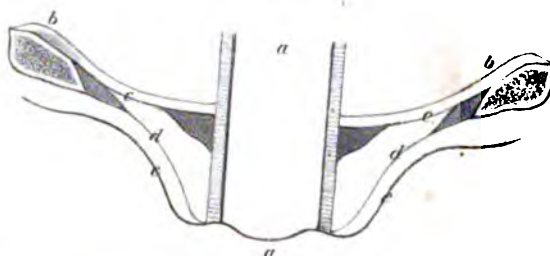
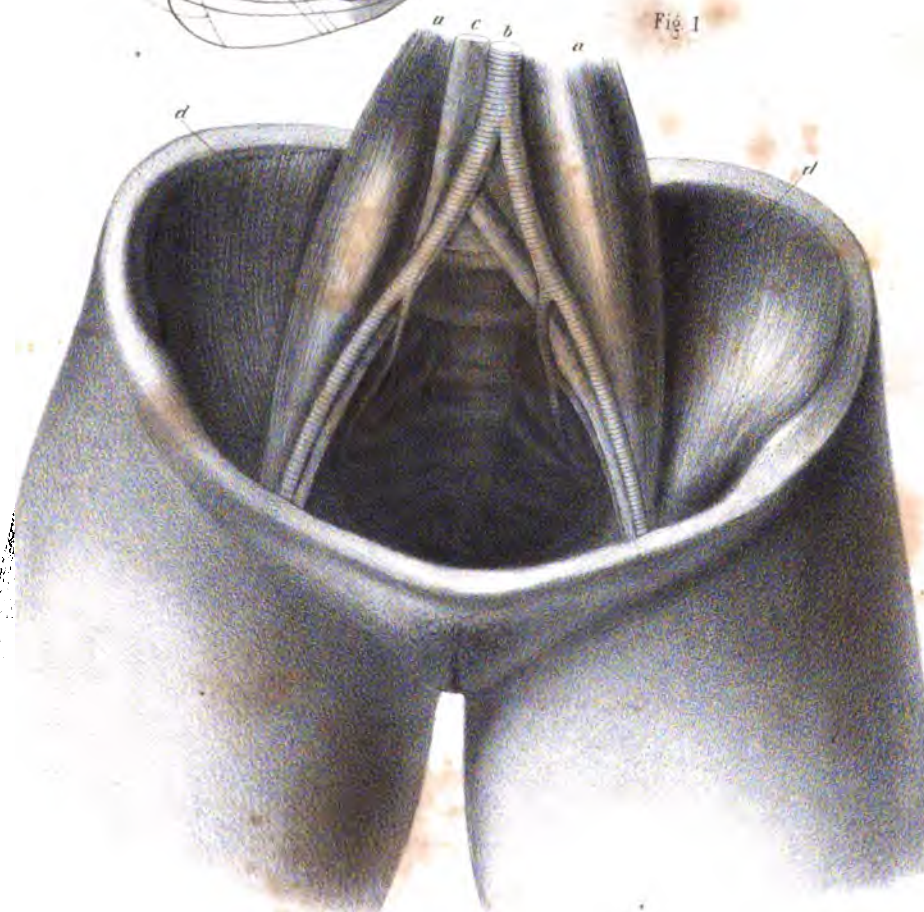


Fig. 1



Tafel VIII.

Figur 1.

Innenfläche der Gebärmutter bald nach vollendeter Geburt.

(Zwei Drittel des Originales.)
(Nach Moreau a. a. O.)

a. a. a. Gebärmutterhals.
b. b. b. Durchschnittene Wand des Gebärmutterkörpers.
c. c. Innenfläche des unteren Abschnitts der Gebärmutterhöhle.
d. d. d. Placentalstelle mit den offenstehenden zerrissenen Venen.

Figur 2.

Querdurchschnitt einer Gebärmutter ein Jahr nach der Entbindung.

(Aus der Leiche einer in Folge von Typhus Verstorbenen.)
(Nach einer Zeichnung des Dr. Brinkmann.)

a. Muttergrund.
b. Wendungen des Gebärmutterkörpers.
c. Hintere Wand der Gebärmutterhöhle.
d. d. Eileiter innerhalb der Gebärmutterwandungen.
e. Innerer Muttermund (Isthmus uteri).
f. Hintere Mutterlippe.
g. g. Falten des Lebensbaumes (Palmae plicatae),

Figur 3.

Profildurchschnitt einer Gebärmutter.

a. Muttergrund.
b. Hintere Gebärmutterwand.
c. Flachere vordere Gebärmutterwand.
d. Innerer Muttermund.

e. Aeusserer Muttermund.
f. Längere vordere Mutterlippe.
g. Kürzere hintere Mutterlippe.
h. Scheidengewölbe.

Figur 4.

Breites Mutterband mit Eileiter, Eierstock und Nebeneierstock.

(Nach Kobelt und Kiwisch a. a. O.)

a. Der Eierstock.
b. b. Der Nebeneierstock.
c. Rudiment des ehemaligen Ausführungsganges des Wolff'schen Körpers.
d. Das cystenartige Endkölbchen desselben.
e. e. Der aufgeschnittene Eileiter (Müller'scher Gang im Embryo).
f. f. Die Fransen (Fimbriae).

Figur 5.

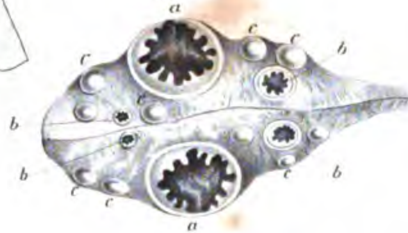
Durchschnitt eines Eierstocks.

(Nach Kiwisch a. a. O.)

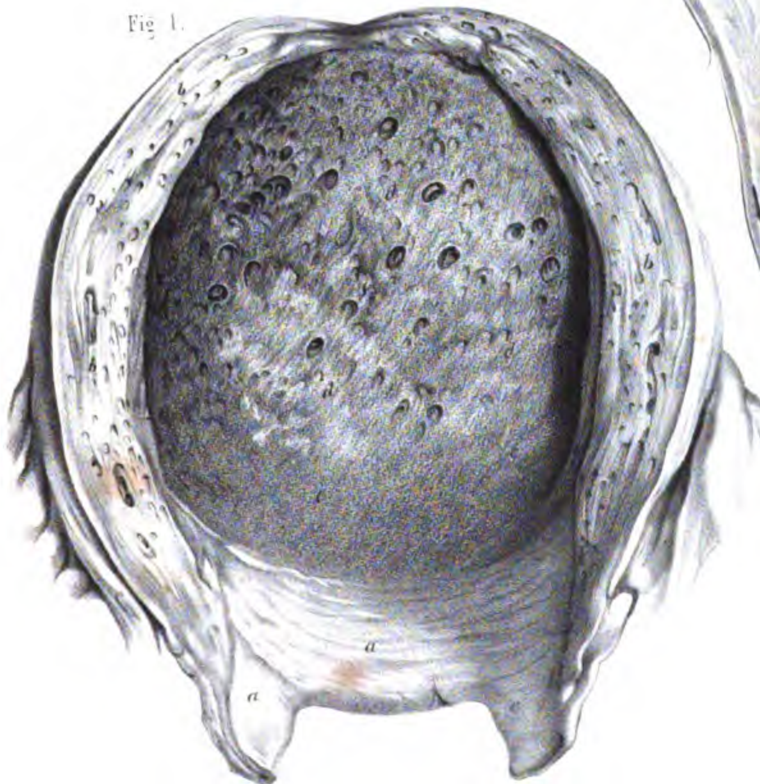
a. a. Durchschnitt eines frisch geborstenen Graaf'schen Follikels bei einer Jungfrau. Die innere Haut des stark hypertrophirten Follikels erschien ungleichförmig gefaltet mit Blut beschlagen.
b. b. b. b. Durchschnitte zweier vor längerer Zeit geborstenen Follikel. (Corpora lutea).
c. c. c c. c. In der Entwickelung begriffene Graaf'sche Follikel.


Fig. 2.
a
d
d
b
c
b
g
g
f


Fig. 4.
f
c
f
g
b
c
b
a
d


Fig. 5
a
c
c
b
c
b
b
c
c
b
a


a
Fig. 3.
b
c
d
g
f
e
h


Fig. 1.
b
b
a
a

Tafel X.

Figur 1.

Schematischer Durchschnitt eines Uterus aus den ersten Wochen der Schwangerschaft.

(Nach Kiwisch, Atlas der Geburtshülfe.)

a. Die zur Membrana decidua entwickelte Schleimhaut der Gebärmutterhöhle.
b. Das befruchtete in die wuchernde Schleimhaut eingebettete Ei.
c.c. Mit Schleim gefüllte erweiterte Drüsen des Mutterhalskanales.

Figur 2.

Ein befruchtetes, von der hinfälligen Haut nicht umkleidetes Ovulum von beiläufig 21 Tagen, dessen Embryo in den ersten Stunden nach der Ausstossung einen rothen Blutpunkt zeigte.

(Natürliche Grösse.)

(Nach E. Martin und Domrich, Jenaische Annalen für Physiologie und Medicin. Jena. I. Band. 1849.)

a. Der lyraförmige Embryo.
b. Die Nabelblase.

Figur 3.

Ein geöffnetes Ei von 21 Tagen.

(Nach R. Wagner, Icones physiolog. Leipzig 1839.)

a. Das mit Zotten rings umgebene Chorion.
b. Das Amnion.
c. Das Nabelbläschen.
d. Der Embryo mit Allantoisblase.

Figur 4.

Ei mit Frucht von 7 bis 8 Wochen.

(Nach R. Wagner, Icones physiologicae.)

a a Die hinfällige Haut und zwar derjenige Theil, welcher an der Wand der Gebärmutterhöhle adhärirt (Membrana decidua adnexa).
b.b. Derjenige Theil der hinfälligen Haut, welcher das Ei unmittelbar umgiebt, sogenannte Membrana decidua reflexa.
c. Die Lederhaut, Chorion, ringsum mit Zotten bedeckt.
d. Die Wasserhaut, Amnion, geöffnet.
e. Die Nabelblase.
f. Der Embryo.

Figur 5.

Ei mit Frucht von 8 Wochen.

(Nach einer Originalzeichnung des Prof. Förster, Jena 1845.)

a.a.a. Die hinfällige Haut, Membrana decidua adnexa.
b.b. Die Lederhaut, Chorion.
b b.b.b. Anfänge des Mutterkuchens.
c. Die Wasserhaut, Amnion.
d. Der Embryo.
e. Blasenartige Erweiterung der Umhüllung des Nabelstrangs, welche man bisweilen für die Allantois ausgegeben hat.
f. Rest der Nabelblase.
g. Langausgezogener obliterirter, mit einzelneu Krystallen kohlensauren Kalks gefüllter Nabelblasengang (Ductus vitello-intestinalis).
h. Der Nabelstrang.

Figur 6.

Zwei mit Gefässschlingen versehene Chorionzotten.

(Nach Kiwisch, Atlas der Geburtskunde).

a.a. Der Anfang und das Ende der Gefässschlinge.
b.b.b.b. Epithelialüberzug der Chorionzotte.
c.c.c. Bindegewebszellen.

Figur 7.

Utricalardrüsen aus der Schleimhaut der Gebärmutterhöhle einige Tage nach der Conception.

(Vergrössert.)

(Nach E. H. Weber, Zusätze zur Lehre vom Bau der Geschlechtsorgane. Leipzig 1846.)

a. a. Geschlossene Enden der schlauchartigen Uterindrüsen.

b. Mündungen der schlauchartigen Uterindrüsen auf der Oberfläche der Schleimhaut der Gebärmutterhöhle.

Fig. 1.

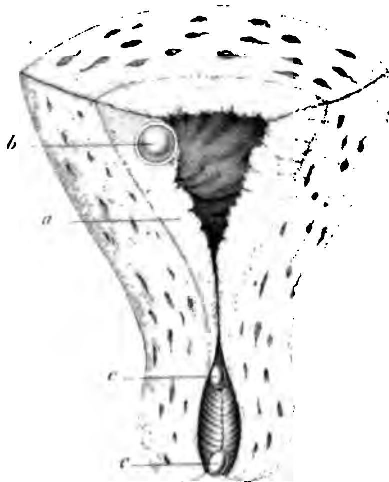


Fig. 3.

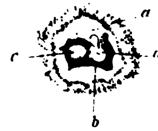


Fig. 6.



Fig. 2.

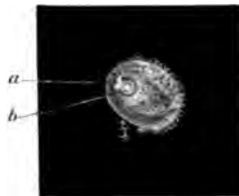




Fig. 6.

Fig. 5.



Fig. 4.



Tafel XI.

Figur 1.

Durchschnitt der schwangeren Gebärmutter mit der zur hinfälligen Haut entwickelten Schleimhaut aus der sechsten Schwangerschaftswoche.

(Nach Coste, Hist. générale et particulière du developpement etc. de l'espèce humaine.)

a a. Muskel- und Gefässschicht des Uterus.
b. Innenfläche der zur Membrana decidua entwickelten Schleimhaut des Uterus, weloche mittelst Abziehen von der Muskelschicht die Utricolardrüsen bei
c.c. deutlich erkennen läst.

Figur 2.

Durchschnitt der Gebärmutter und des Mutterkuchens von einer in der 30. Woche der Schwangerschaft verunglückten Frau.

(Nach Al Ecker, Icones physiologicae. Leipzig 1851.)

a. Wurzel der Nabelschnur, Insertion derselben in den Mutterkuchen.
b. Amniosüberzug des Nabelstranges.
c. Chorion.
d.d. Fötaler Theil des Mutterkuchens.
e.e. Gebärmutterwand.
f.f. Zottenbäumchen, welche das Gerüst des Mutterkuchens bilden.
g.g. Hinfällige Haut.
h.h. In die Placenta eindringende Fortsätze der hinfälligen Haut.
i.i. Spiralige oder korkzieherähnliche Arteriae uterinae.
p. Ein Arterienzweig, welcher in die Placenta eintritt.
k. Sehr erweiterte Uterinvenen.

Figur 3.

Injicirter Endzweig eines Zottenbäumchens aus einem reifen Mutterkuchen.

(350 mal vergrössert.)

(Nach Ecker a. a. O.)

a. Epithelium-Ueberzug, welcher an dem grössten Theil der Oberfläche des Zottenbäumchens abgestreift ist.
b. Balkenförmige Verlängerung des Epithelium-Ueberzuges, welche sich, frei durch die mütterlichen Gefässräume der Placenta hindurch gespannt, in die Auskleidung dieser continuirlich fortsetzen.
c. Arterielles Gefässstämmchen.
d d. Endschlingen mit Umbiegung in die Vene.
e. Feines Capillarnetz.

Figur 4.

Nachgeburt von der Innenfläche des Mutterkuchens.

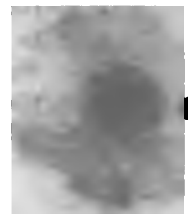
(Nach W. Hunter.)

a. Nabelschnur mit ihren Gefässverzweigungen auf der Innenfläche der Placenta.
b. Innenfläche des Mutterkuchens vom Chorion und Amnion überzogen.
c.c. Eihäute emporgeschlagen.
d. Rand des Mutterkuchens.

Figur 5.

Aussenfläche des Mutterkuchens.

a.a. Einzelne Lappen der Placenta (Cotyledonen).
b. Nabelstrang.
c.c. Oeffnungen des sogenannten Randgefässes der Placenta.
d. Aufgeschlitztes Randgefäss.
e. Aussenfläche des mit Decidua-Resten bedeckten Chorion.



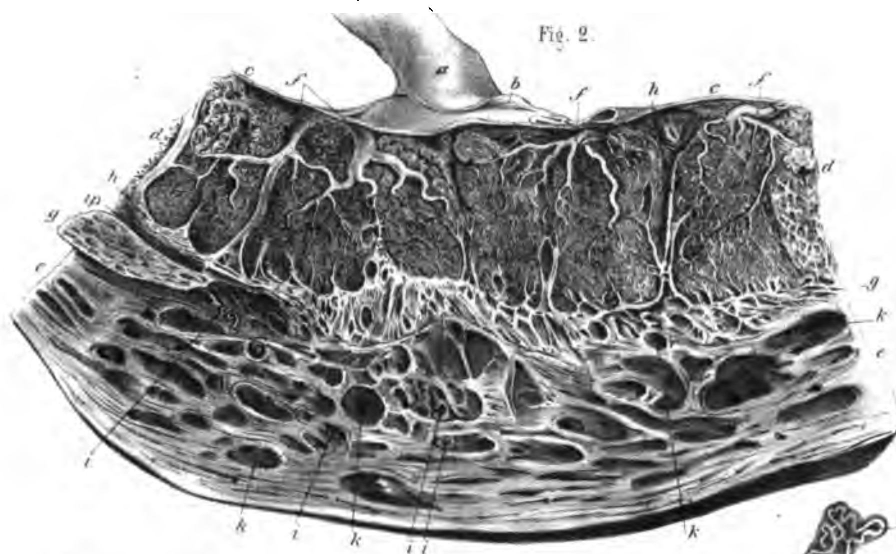


Fig. 2.

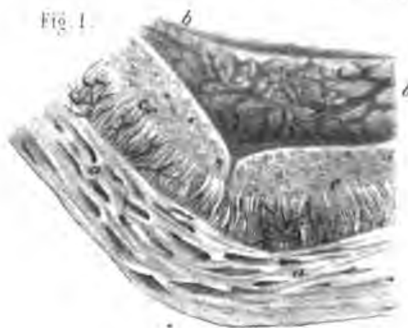


Fig. 1.

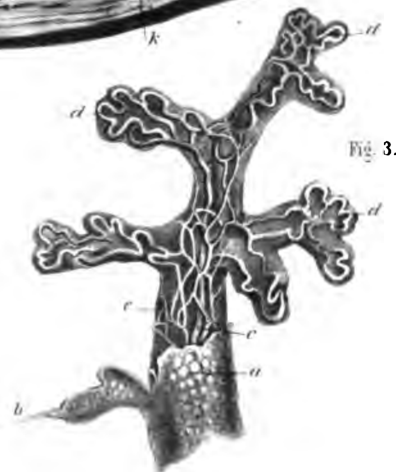


Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

Tafel XII.

Figur 1.

Schwangere Gebärmutter aus dem Anfang des fünften Monats, von hinten gezeichnet.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach W. Hunter.)

a. Zu einem Sphäroid erweiterter Gebärmutterkörper.
b. Mutterhals, einem Zapfen ähnlich, am Mutterkörper hängend.
c. Aeusserer Muttermund, mit kleinen geschwellten Schleimdrüschen besetzt.
d. d. d. Scheide.

Figur 2.

Gebärmuttergrund eines schwangeren Uterus aus dem achten Monat.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach W. Hunter.)

a Vordere flachere Wand vom Bauchfell bedeckt.
b. b. Hintere, stärker hervorgewölbte Wand nach Entfernung des Bauchfellüberzuges, um die erweiterten Gefässe, insbesondere die Venen, zu zeigen.

Figur 3.

Innenfläche der hochschwangeren Gebärmutter nach Wegnahme der zur Decidua entwickelten Schleimhaut, um die Muskelfaserung an der Innenfläche und die entwickelten Falten (arbor vitae) des Mutterhalskanales zu zeigen.

(Ein Drittel der Grösse des Originales.)

(Nach W. Hunter.)



Fig. 3

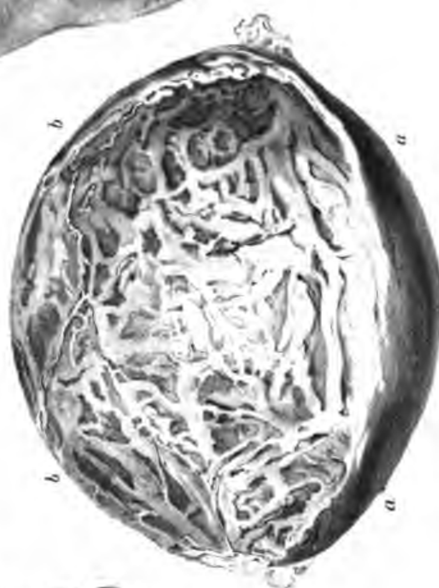


Fig. 2



Fig. 1

Tafel. XIII.

Figur 1.

Eine hochschwangere Gebärmutter nach theilweiser Wegnahme des Bauchfellüberzuges von der Seite gezeichnet.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach W. Hunter.)

a. Die hintere gewölbtere Wand vom Bauchfellüberzuge befreit.
b. Die vordere flachere Wand.
c. Die Gefässe, welche aus den Vasis spermaticis zum rechten Seitenrand des Uterus treten.
d. Die Vasa uterina aus den Hämorrhoidal- und Vesicalgefässen.
e. Rest des Scheidengewölbes.

Figur 2.

Ansicht der hochschwangeren Gebärmutter von vorn nach Wegnahme des Bauchfellüberzuges und der oberflächlichen Muskelschicht.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach W. Hunter.)

a. Muttergrund.
b. Muttermund.
c. Scheidengewölbe.

Figur 3.

Ein Eierstock aus einer im neunten Monate Schwangeren, gespalten, nebst dem Fimbrien-Ende der Mutterröhre.

(Nach W. Hunter.)

a. Eierstock.
b. Rest des geborstenen Graaf'schen Follikels, Corpus luteum.
c. Fransen des Eileiters.



Fig. 2.



Fig. 3.

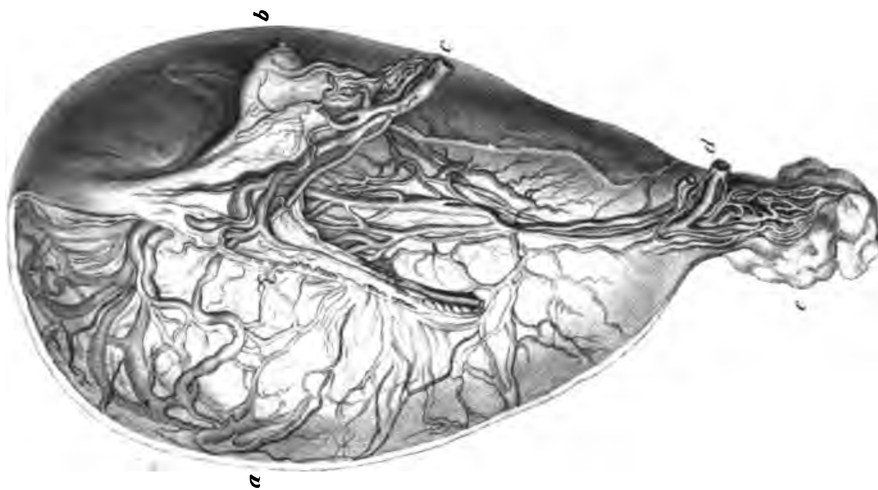


Fig. 1.

Tafel XIV.

Figur 1.

Profilansicht der geöffneten Bauchhöhle einer Hochschwangeren nach theilweiser Entfernung des grossen Netzes.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach W. Hunter.)

a. Die hochschwangere Gebärmutter.
b. Das rechte runde Mutterband.
c. Der rechte Eileiter.
d. Die hervorgezogenen Fransen des rechten Eileiters.
e. Der aufsteigende Grimmdarm.
f.f.f. Darmschlingen.
g. Rest des grossen Netzes.
h. Rechter Leberlappen.
i. Linker Leberlappen.
k. Durchschnittenes rundes Leberband.
l. Das Zwerchfell von dem Brustfell überzogen.


l
i
h
f
c
a
d

Tafel XV.

Gefässe und Nerven der schwangeren Gebärmutter.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach F. Tiedemann, Tabulae nervorum uteri. Heidelbergae. 1822.)

a.a. Die Nieren. *ax.ax.* Ureteren.
b.b. Die Darmbeinkämme.
c. Die Hinterfläche des nach vorn herausgelegten Uterus.
d.d. Die Eierstöcke.
e.e. Die Eileiter oder Mutterröhren.
f. Der Mastdarm.
g.g. Arteria spermatica.
h.h. Arteria uterina aus der A. hypogastrica.
i. Plexus sacralis nervi sympathici.


a
a
b
b
c
d
d
e
e
f
g
h
h
i

Tafel XVII.

Figur 1.

Menschliche Frucht von 9 Wochen.

(Natürliche Grösse.)

(Nach Sömmering, vergl. Kilian's Atlas der Geburtshülfe.)

Figur 2.

Menschliche Frucht von 3 Monaten.

(Natürliche Grösse.)

Figur 3.

Menschliche Frucht von 16 Wochen.

(Natürliche Grösse.)

Figur 4.

Menschliches Ei von $5\frac{1}{2}$ Monat.

(Natürliche Grösse.)

a.a. Der Mutterkuchen.

Taf. XVII.

Fig. 3



Fig. 1



Fig. 2





Tafel XVIII.

Menschliche Frucht, Nabelstrang und Mutterkuchen mit Eihäuten aus dem Anfang des sechsten Monds-Monats der Schwangerschaft.

(Natürliche Grösse.)

(Nach Sömmering vergl. Kilian's Atlas.)

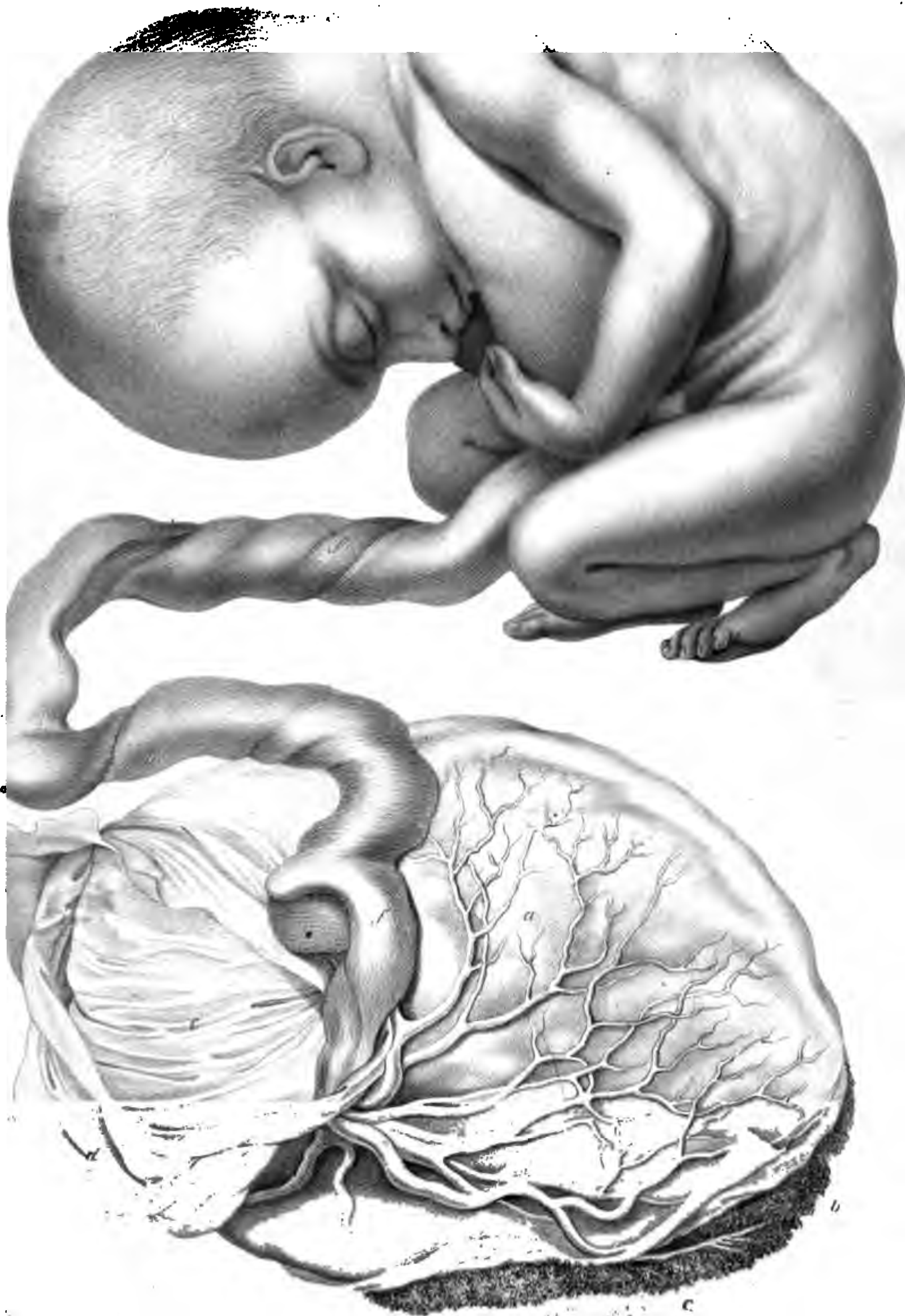
a. Innenfläche des Mutterkuchens.

b. Aussenfläche der Placenta.

c. Macerirte Zotten des Mutterkuchens.

d.e. Zusammengefaltetes Amnion.

f. Nabelstrang.


a
b
c
d

Tafel XIX.

Figur 1.

Innere Organe einer Frucht vor der Geburt.

(Nach Moreau, Atlas.)

a. Nabelstrang.
b. Nabelarterien.
c. Harnblase mit Urachus.
d. Nabelvene.
e. Verbindung der Nabelvene mit der Pfortader.
f. Leber, emporgeschlagen.
g. Ductus venosus Arrantii.

Figur 2.

Seitenansicht eines Schädels eines Neugeborenen.

a.a. Gerader Durchmesser.
b.b. Senkrechter Durchmesser.
c.a. Schräger oder Diagonal-Durchmesser.

Figur 3.

Schädel eines Neugeborenen, von oben gesehen.

a.a. Hinterer Querdurchmesser.
b.b. Vorderer oder kleiner Querdurchmesser.

Figur 4.

Kindspech unter dem Mikroskop.

(Gezeichnet von Dr. Brinkmann.)

a.a. Haare vom Wollhaar (Lanugo).
b. Cholestearin-Krystalle.



c. Schleimkugeln und Epithelien.
d. Fettkörnchen.



Figur 5.

Käseschleim unter dem Mikroskop.

(Gezeichnet von Dr. Brinkmann.)

a. Wollhaar.
b. Fett.



Fig. 2.

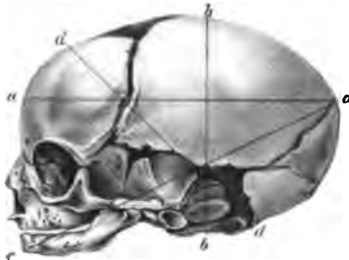


Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 3.

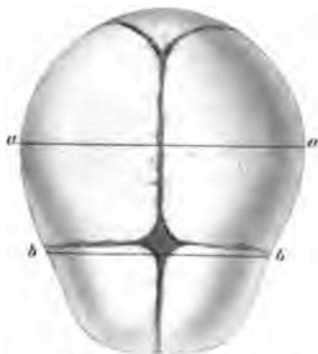


Fig. 1.



Tafel XXIII.

Figur 1.

Gebärmutter, mit Zwillingen in Schädel- und Fusslage. (Zwei Eier.)

(Nach Smellie.)

Figur 2.

Einfacher Mutterkuchen bei Zwillingen.

(Nach C. Chr. Hüter, Der einfache Mutterkuchen. Marburg 1845.)

a. a. Anastomosirende Gefässe der beiden Früchte auf der Innenfläche des Mutterkuchens.

b. b. Verklebung der beiden Amnien unter einander.

Figur 3.

Drillingsnachgeburt mit zwei in der Entwickelung zurückgebliebenen Früchten.

(Nach v. D'Outrepont, geburtshülfliche Demonstrationen.)

a. Diejenige placenta, welche der vollständig entwickelten Frucht angehörte.

b. b. Vorzeitig abgestorbene Früchte und deren Nachgeburten.





Fig. 2.



Fig. 3.

Tafel XXIV.

Figur 1.

Entzündung der Schleim- und Schmeerdrüsen an der Vulva.

(Nach P. C. Huguier, Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme, in den Mémoires de l'academie nationale de médicine. Tome XV. Paris. 1850. 4. planche 1.)

Figur 2.

Abscess der rechten Bartholin'schen Drüse (Glandula vulvo-vaginalis).

(Nach Huguier, a. a. O. pl. 2.)

Figur 3.

Cyste durch Erweiterung des geschlossenen Ausführungsganges der linken Bartholin'schen Drüse.

(Nach Huguier, a. a. O. pl. 3.)

A. Die durch die Cyste bedingte Geschwulst.
B. Der Eingang in die Scheide.
C. Ein vom linken Rand des Scheideneinganges gebildeter Wulst.

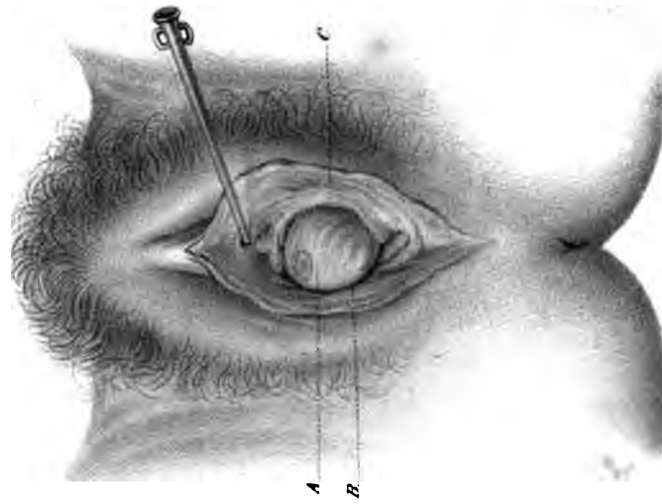


Fig 3



Fig 2

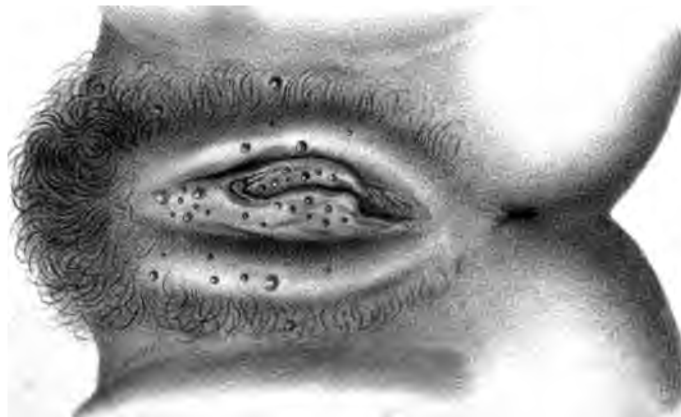


Fig 1

C. Vernarbter Ausgangspunkt der Zerstörung.
D. Harnröhrenmündung.
E. Gegend des Schambändchens in Ulceration.
F.F.F. Geschwürsgrund mit Abtrennung der hinteren und linken Seitenwand der Scheide.
G. Innerer Rand des Geschwürs.
H. Scheideneingang.
I. Uebergang des Geschwürs an der Verbindungsstelle der kleinen und grossen rechten Schamlefze.
J.J.J. Wucherungen am Damm und After.
K. Anschwellung der linken Leistendrüsen.

Tafel XXV.

Figur 1.

Krankhafte Vergrösserung der weiblichen Ruthe.

(Nach D. W. H. Busch, Atlas der Abbildungen zur theoretischen und practischen Geburtshülfe. Gr. Fol. 1838.)

Figur 2.

Follikularpolyp des Mutterhalses, welcher durch allmälige Verlängerung des Stiels bis vor die Scheide herausgetreten ist.

(Nach eigener Beobachtung und Boivin et Dugès Taf. XVII.)

Figur 3.

Lupus der Vulva.

(Esthiomène perforant et hypertrophique nach Huguier, Mémoire sur l'Esthiomène de la région vulvo-anale in Mémoire de l'academie nationale de médecine. Tome XIV. Paris. 1849. pl. 2. Fig. 1.)

A. A. Vergrösserte und infiltrirte grosse Schamlefze.
B. B. Degenerirte kleine Schamlefze.
C. Winklige Einziehung in Folge eines früher bestandenen Geschwürs.
D. Wucherung der Raphe des Damms und einiger Afterfalten.
E. F. Gegend der Harnröhrenmündung und des Vorhofs.
G. G. G. Wucherungen im Scheidenausgang.

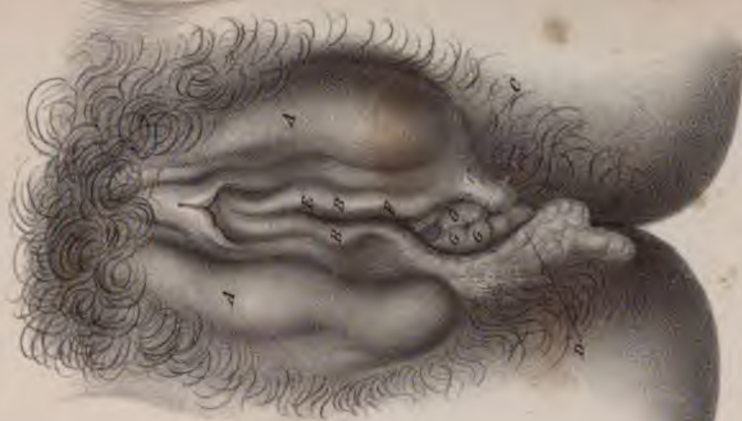
Figur 4.

Lupus der Schamlefzen, des Scheideneinganges und des Afters.

(Nach Huguier, a. a. O. pl. 3. Fig. 2.)

A. Hypertrophische linke grosse Schamlefze.
B. Linke kleine Schamlefze an der Basis zerstört.

Taf. XXV.









Tafel XXVI.

Figur 1.

Lupus der äusseren Scham.

(Nach einer Original - Zeichnung.)

(Ein Halb natürlicher Grösse.)

(Durch die Güte des Dr. Lorentz, Director des allgemeinen Krankenhauses in Bremen.)

Die Krankengeschichte und Beschreibung s. in Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, herausgegeben von Credé, Martin, v. Ritgen, v. Siebold. Band XVIII.

Figur 2.

Breite Condylome an den Schamlefzen bei einer Schwangeren, in zwei Sitzungen von Huguier exstirpirt ohne nachfolgende vorzeitige Geburt.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach H. Lebert, traité d'anatomie pathologique. Paris. 1859.)

a. Wucherung auf der Vorhaut des Kitzlers.
b.b. Wucherungen auf der Aussenfläche der grossen Schamlefzen.
c.c. Wucherungen an dem vorderen Rand der grossen Schamlefzen.
d.d.d. Wucherungen aus dem After.
e. Stelle des Scheideneinganges.

Figur 3.

Harnröhrenschwamm.

(Ein Halb der Grösse des Originals.)

(Nach Boivin et Dugès.)

a. Schwammige Wucherung aus der Harnröhrenmündung hervortretend.
b. Harnröhrenmündung.
c. Eingang in die Scheide.



Fig. 1.

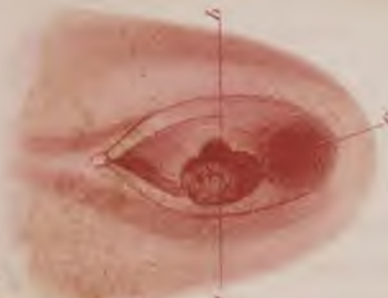


Fig. 3.



Fig. 2.

Tafel XXVII.

Figur 1.

Missbildung und Verschliessung der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane bei einem neugeborenen Kinde.

(Nach Aug. Fr. Günther, Comment. de hermaphroditismo. Lips. 1846.)

a. Penisähnliche Clitoris mit Präputium und Oeffnung, welche aber nicht in die Harnblase führt.
b.b. Schamlefzenähnlicher Wulst.
c. Gebärmutterkörper. (Mutterhals?)
d.d. Kugelige Erweiterungen der Mutterröhren. (Getheilter Gebärmutterkörper?)
e.e. Eileiter mit Fransenende.
f.f. Eierstöcke.

Figur 2.

Missbildung weiblicher Schamtheile durch Verwachsung der kleinen Schamlippen und ungewöhnliche Grösse der Clitoris bei einem Neugeborenen, dessen innere Genitalien normal weiblich gebildet waren.

(Nach Guil. H. M. Becker, Diss. in. de hermaphroditismo. Jenae. 1842.)

a.a. Die grossen ungewöhnlich entwickelten, nach hinten in einander gehenden Schamlefzen.
b.b. Die kleinen mit einander in der hinteren Hälfte verwachsenen Schamlefzen.
c. Die 8''' lange Clitoris unten mit einem Halbkanal versehen, der zur Harnröhrenmündung führt.
d. Die sehr entwickelte Vorhaut der Eichel des Kitzlers.

Figur 3.

Verschliessung des Scheideneinganges durch abnorme Bildung des Schamlippenbändchens.

(Nach D. W. H. Busch, Atlas.)

Figur 4.

Verwachsung der äusseren Schamtheile bis auf die Harnröhrenmündung von einer alten Frau, welche an einer unerträglich juckenden Flechte gelitten und nie geboren hatte.

(Nach Boivin et Dugès, Traité pratique des maladies de l'uterus. Paris 1833. Atlas. Pl. 40.)



Figur 5.

Hypertrophische Degeneration oder Elephantiasis der kleinen Schamlefzen und der Vorhaut des Kitzlers.

(Nach H. Herzog, über die Hypertrophieen der äusseren weiblichen Genitalien. Erlangen. 1842. 4.)

Fig. 1.



Fig. 2.

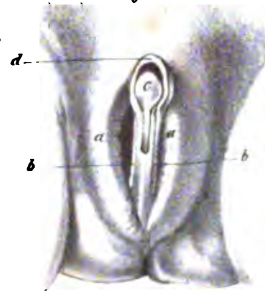


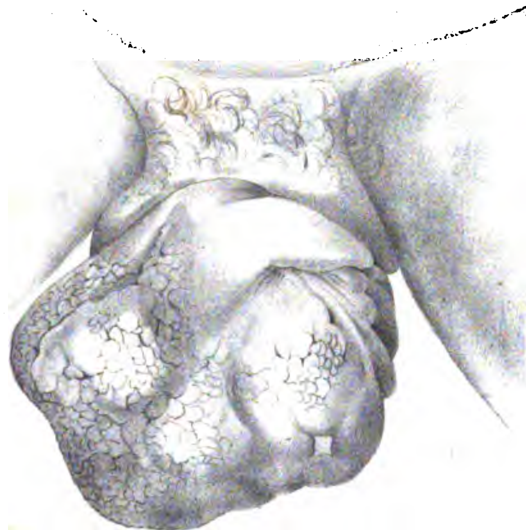
Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.



Tafel XXVIII.

Figur 1.

Verschliessung des Scheideneinganges (Atresia hymenaea) nebst vorwärts geschobener Aftermündung bei einem vierjährigen Mädchen.

(Ein Halb natürlicher Grösse.)

(Nach Gust. Aug. Lotze Diss. in. sistens singularem ani praeter naturam collocati et atresiae vaginae. Jenae 1827. 4. c. tab.)

a. Clitoris.
b. Harnröhrenmündung.
c.c. Grosse Schamlefzen.
d.d. Kleine Schamlefzen.
e. Verschlossener Scheideneingang.
f. Afteröffnung.

Figur 2.

Erworbene theilweise Verwachsung der Scheide.

(Nach Aug. Ae. Janson. Diss. in. de Atresia vaginae acquisita. c. tab. Francof. a. M. 1845. 8.)

a.a.a. Die aufgeschnittene Gebärmutter.
b. Die aufgeschnittene rechte Mutterröhre.
c.c. Die breiten Mutterbänder.
d.d.d.d. Exsudatmembranen.
e.e. Oberer Theil der Scheide zu einem Sack ausgedehnt.
f.f. Unterer Theil der Scheide mit den Faltensäulen.
g.g. Sonde mit Querstab zur Ausdehnung der oberen Scheidenerweiterung.
h.h. Sonde zur Aufspannung des unteren Theiles der Scheide.
i. Blasenhals.
k.k. Aeussere Scham.

Figur 3.

Verengung des Scheidenkanals bei einer Kreissenden durch eine Ovarialgeschwulst.

(Nach S. Merriman a synopsis of the varions kinds of difficult parturitions c. pl. London 1821.)

a. Die durchschnittene Schamfuge.
b. Das Kreuzbein.
c.c. Die Harnröhre und Harnblase.
d. Die Eierstocksgeschwulst.
e.e. Der Mastdarm.
f.f. Die Scheidenwandungen.




Fig 3



Fig 1



Fig. 2

Tafel XXIX.

Figur 1.

Vorfall der hinteren Scheidenwand (Enterocele vaginalis).

(Nach Rob. Froriep, chirurg. Kupfertafeln. Heft 86. 1841. Taf. 435.)

a. Scheideneingang.
b. Durchschnitt der Schamfuge.
c. Harnblase.
d. Scheide.
e. Gebärmutter.
f. Eingang in die Enterocele vaginalis.
g.g. Mastdarm.
h. Kreuzbein.

Figur 2.

Vorfall der hinteren Scheidenwand (Enterocele vaginalis).

(Nach R. Froriep, a. a. O.)

a. Durchschnittene Schamfuge.
b. Harnblase.
c. Durchschnittene Scheide.
d. Durchschnitt der herabgesunkenen hinteren Scheidenwand (Hernia vaginalis postica).
e. Durchschnittene Gebärmutter.
f. Eingang in die hernia rectalis.
g. Mastdarmdurchschnitt.
h. Kreuzbein.

Figur 3.

Harnblasenscheidenbruch (Cystocele vaginalis).

(Nach R. Froriep, a. a. O.)

a. Durchschnittene Schamfuge.
b. Harnblasenscheidenbruch

c. Scheidendurchschnitt.
d. Gebärmutter.
e. Ausdehnung der Bauchfellfalte zwischen Gebärmutter und Mastdarm.
f. Mastdarm.

Figur 4.

Mastdarmscheidenbruch (Rectocele vaginalis).

(Nach R. Froriep, a. a. O.)

a. Durchschnittene Schamfuge.
b. Scheidendurchschnitt.
c. Gebärmutter.
d. Mastdarmscheidenbruch mit Vorfall der hinteren Scheidenwand.
e. Damm durch den Druck der Rectocele sehr schmal geworden.
f. Mastdarm.
g. Erweiterung der Uterorectalfalte.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Tafel XXX.

Figur 1.

Scheide und Gebärmutter durch eine Zwischenwand geschieden.

(Nach Eisenmann, Tab. anat. uteri duplicis, observ. rarior sistentes. Argentor. 1752.)

a.a. Doppelter Scheideneingang.
b. Harnröhrenmündung.
c. Harnröhre.
d.d. Doppelte Scheide.
e.e. Doppelter Muttermund.
f.f. Doppelter Mutterhals.
g.g. Doppelter Mutterkörper.
h.h. Runde Mutterbänder.
i.i. Eileiter.
k.k. Eierstöcke.

Figur 2.

Zweigehörnte Gebärmutter und getheilte Scheide von einem 17 Jahre alten Mädchen.

(Nach Fr. Schröder, Diss. de uteri ac vaginae sic dictis duplicitatibus. Berol. 1841.)

a.a. Die aufgeschnittenen Scheiden.
b. Der linksseitige Muttermund.
c. Der äusserlich scheinbar einfache, durch eine Scheidewand getheilte Mutterhals.
d.d. Die beiden Uterushörner.
e.e. Die runden Mutterbänder.
f.f. Die Eileiter.
g.g. Die Eierstöcke.

Figur 3.

Entwickeltes linkes Gebärmutterhorn nebst Rudiment eines rechten Hornes von einer 34 Jahre alten kinderlosen Ehefrau.

(Nach Rokitansky, Handbuch der speciellen patholog. Anatomie. II. Band. 1842. S. 514, und Ueber die sogenannten Verdopplungen des Uterus in den Med. Jahrb. des k. k. Oesterreich. Staates. 1838. Band 26.)

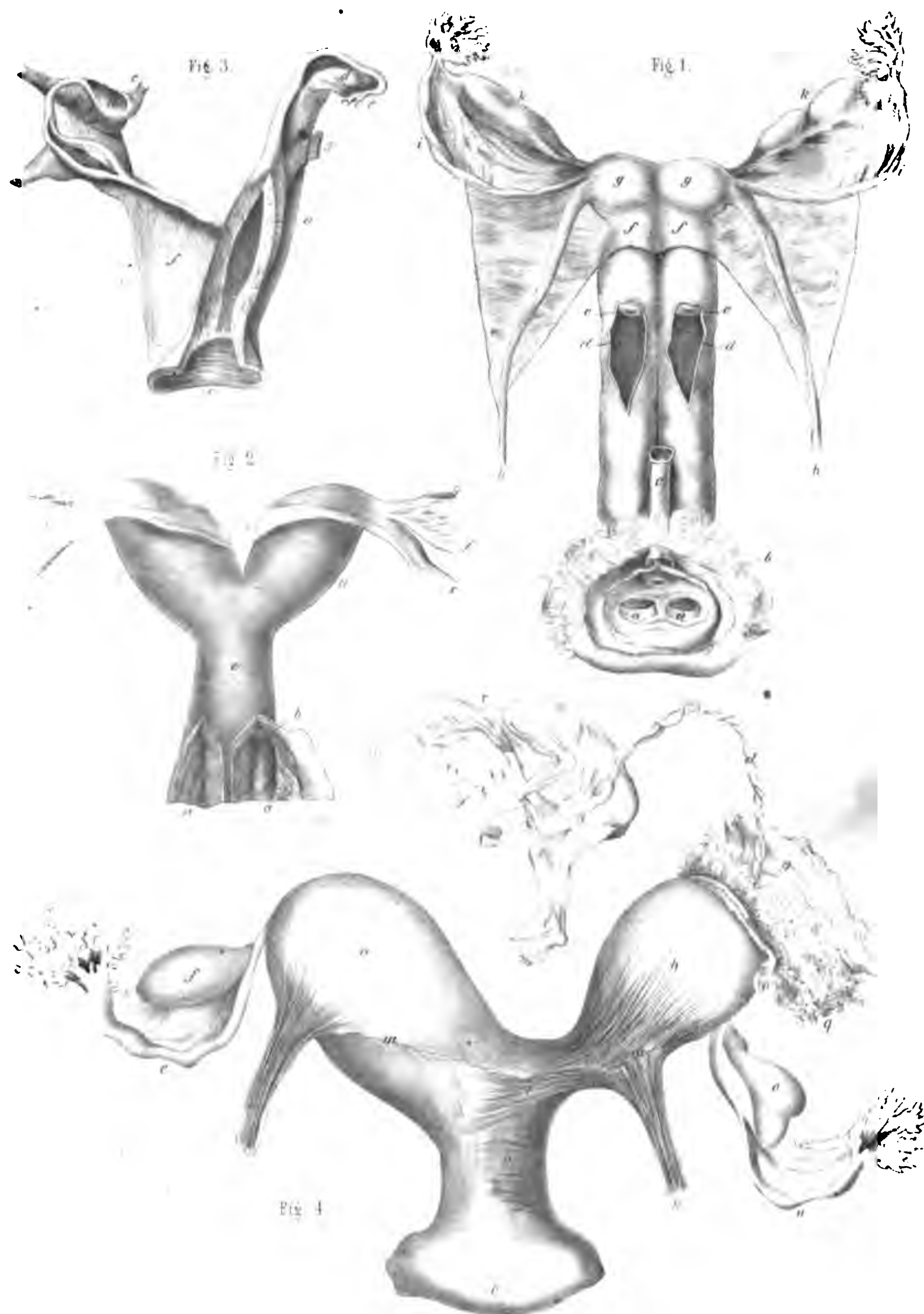
a. Linkes Gebärmutterhorn.
b. Hohles Rudiment des rechten Uterushornes, welches durch einen platten soliden Strang von Uterinalsubstanz etwa 1" oberhalb des äusseren Muttermundes mit dem linken ausgebildeten Theil zusammenhängt.
c. Trichterförmig auslaufende Scheide.
d.d. Eierstöcke.
e.e. Eileiter.
f. Rechtes breites Mutterband.
g.g. Runde Mutterbänder.

Figur 4.

Schwangerschaft in dem rudimentären linken Uterushorn, anfangs irrthümlich für Eileiterschwangerschaft gehalten.

(Nach Heyfelder und Ad. Kussmaul, v. d. Mangel, der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg. 1859.)

a. Rechte Hälfte des Gebärmutterkörpers.
b. Gebärmutterhals.
c. Scheide.
e. Rechter Eileiter.
f. Rechter Eierstock.
h. Mangelhaft entwickeltes linkes Uterushorn.
i. Verbindungsstück, in welchem von dem rechten Horn aus ein feiner Canal eine kurze Strecke verfolgt werden konnte.
k. Linkes rundes Mutterband.
l. Muskelfasern, welche vom linken runden Mutterband in den Körper des rechten Horns ausstrahlen.
m.m. Gränze des abpräparirten Bauchfellüberzuges.
n. Linker Eileiter.
o. Linker Eierstock mit einem grossen Corpus luteum.
p. Rissstelle mit nach aussen umgeworfenen Rändern.
q. Placenta.
d. Nabelschnur.
g. Eihäute.
r. Weibliche 4½" lange Frucht.


Fig. 3.
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 4.

Tafel XXXI.

Figur 1.

Rudimentäres, durch einen soliden Strang mit dem vollständig entwickelten verbundenes Uterushorn durch Schwangerschaft vergrössert. Querdurchschnitt.

(Nach J. Chr. Stan. Czihak, Diss. in. de graviditate extrauterina. Heidelb. 1824. und Ad. Kussmaul, a. a. O. S. 124.)

a. Höhle des linken Gebärmutterhorns.
b. Mutterhalskanal.
c. c. Scheidengewölbe.
d. Hinfällige Haut.
e. Einmündung des linken Eileiters.
f. Muskulöses Verbindungsstück.
g. Höhle des schwangeren rechten Uterushorns.
h. h. Peritonäalüberzug.
i. i. Muskelschicht mit zahllosen Gefässdurchschnitten.
k. Placenta.
m. Nabelstrang, an welchem eine 6 Monat alte männliche Frucht hing.
n. Rechter Eileiter.

Figur 2.

Einhörnige Gebärmutter aus einem Kinde. Von hinten gezeichnet.

(Nach Pole, Memoirs of the medical society of London 1794 p. 507, und Kussmaul, a. a. O. S. 22.)

a. Allein entwickelte rechte Gebärmutterhälfte (Uterus unicornis dexter), das linke Horn hat sich nicht entwickelt.
b. Rechter Eileiter.
c. Linker Eileiter.
d. Linker Eierstock.
e. Harnblase.
f. Scheide, in welche der Scheidentheil mit dem Muttermund hereinragt.
g. Rechtes Eierstocksband.

Figur 3.

Einhörnige Gebärmutter aus der Leiche einer vor 6 bis 7 Tagen zum zehnten Male Entbundenen, welcher auch die linke Niere fehlte.

(Nach Chaussier, Bull. de la Faculté de méd. de Paris 1817 und Granville, Philosoph. Transact for the year 1818. Vergl. Kussmaul a. a. O. S. 122.)

a. Hintere Wand der schwanger gewesenen rechten Gebärmutterhälfte.
b. Rechter Eileiter.
c. Rechter Eierstock.
d. Rechtes breites Mutterband.
e. Verkümmerter Eileiter, Eierstock und breites Mutterband der linken Seite.
f. Scheidentheil.
g. Scheide.

Figur 4.

Schematisches Bild eines getheilten durch Bindegewebe und Muskelfaserzüge angedeuteten Gebärmutterkörpers mit einfachem Halse.

(Nach Kussmaul, a. a. O. S. 19.)

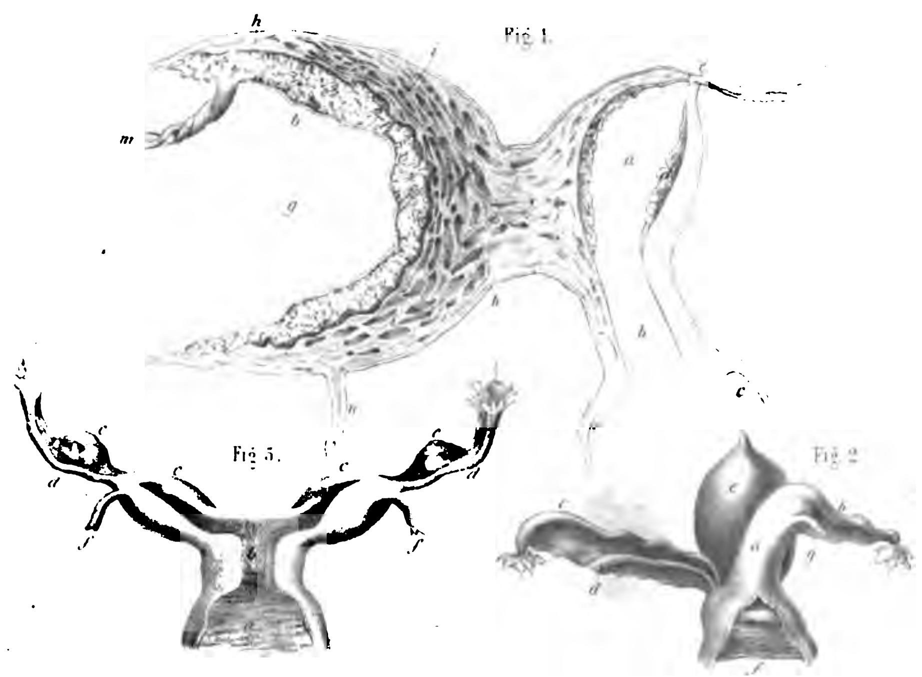
a. Andeutung des Mutterhalses.
b.b. Andeutung der Uterus-Hörner.
c.c. Eileiter.
d.d. Eierstöcke.
e.e. Eierstocksbänder.
f.f. Runde Mutterbänder.
g. Scheidenblindsack.

Figur 5.

Aufgeschnittene zweigehörnte Gebärmutter mit einfachem Halse.

(Nach einem Präparat im Heidelberger anatom. Museum s. Kussmaul, a. a. O. S. 27.)

a. Scheide.
b. Einfacher Mutterhals.
c.c. Hörner des Gebärmutterkörpers.
d.d. Eileiter.
e.e. Eierstöcke.
f.f. Runde Mutterbänder.


Fig. 1.
Fig. 5.
Fig. 2.

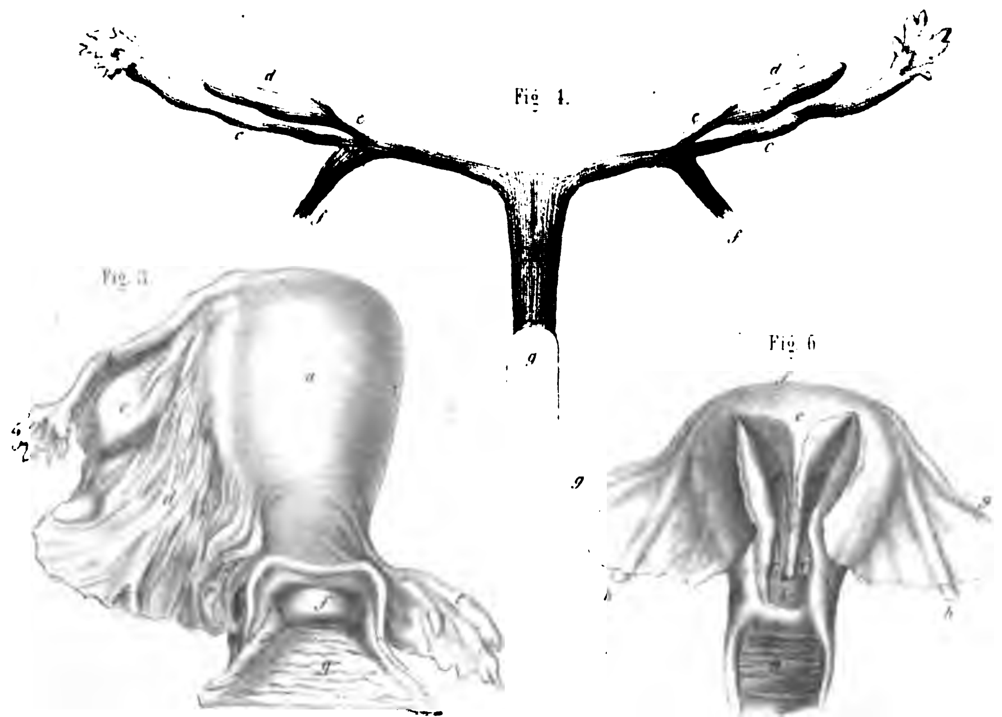

Fig. 4.
Fig. 3.
Fig. 6.



Fig. 3.

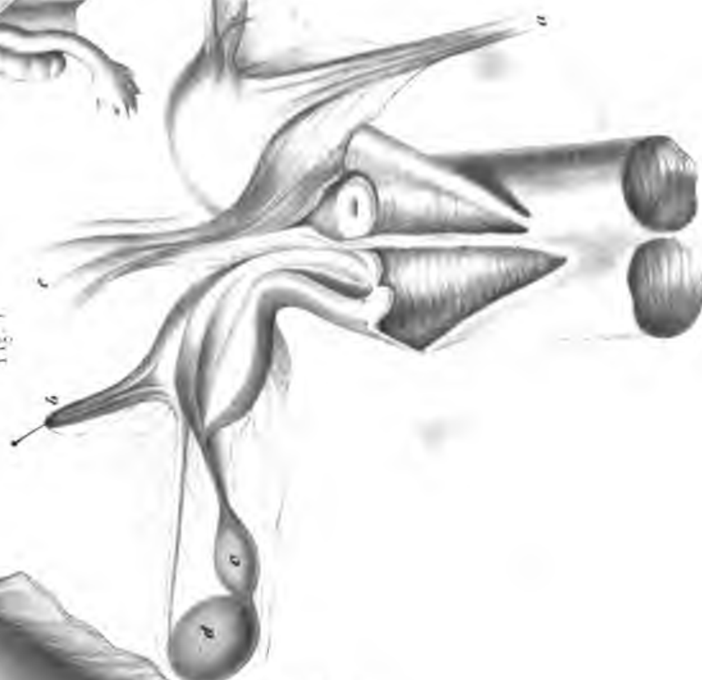


Fig. 1.



Fig. 2.

Tafel XXXII.

Figur 1.

Gespaltene Gebärmutter mit doppelter Scheide einer 30 Jahre alten Jungfrau.

(Nach Cassan, Recherches anatomiques et physiologiques sur les cas d'uterus double. Thèse. Paris. 1826.)

a. Linkes rundes Mutterband.
b. Rechtes rundes Mutterband nach Spaltung des breiten Mutterbandes emporgehoben.
c.c. Eierstöcke.
d.d. Cysten unter den Fimbrien der Mutterröhren.
e. Eine bei Uterus bicornis öfter beobachtete Bauchfellfalte zwischen Harnblase und Mastdarm.

Figur 2.

Durch eine Scheidewand getrennte Gebärmutter mit doppeltem Muttermund nach abgelaufener Schwangerschaft der linken Hälfte, von hinten gezeichnet.

(Nach Cruveilhier.)

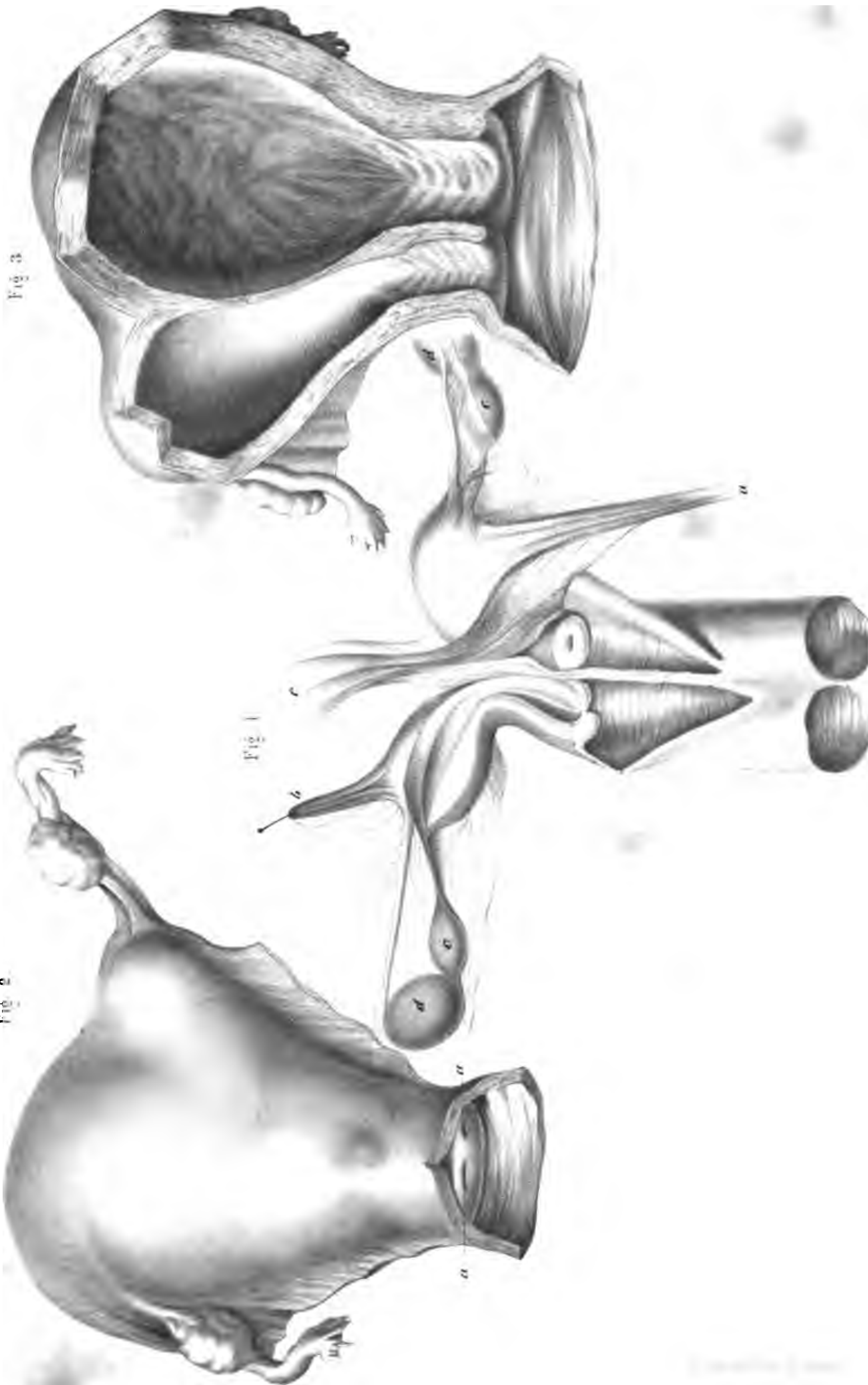
a.a. Die beiden Orificia uteri.

Figur 3.

Dasselbe Präparat vorn geöffnet.

(Nach Cruveilhier.)

Taf. XXXII.



Tafel XXXIII.

Figur 1.

Schiefheit des Uterus nach links.

(Nach einem Präparat von einem ledigen Frauenzimmer von hinten gezeichnet.)

a. Ungewöhnlich stark entwickelte linke Douglas'sche Falte.

Figur 2.

Derselbe Uterus aufgeschnitten zeigt in der Gegend des inneren Muttermundes nahe dem linken Rande eine Narbe.

a. Narbe von einem geheilten Geschwür.

Figur 3.

Nach rechts gezogener Muttergrund neben Knickung des Isthmus nach links und vorn. Von einer unverheiratheten mehr als 30 Jahre alten Person.

(Nach Tiedemann, v. d. Düverneyschen Drüsen des Weibes und der schiefen Gestaltung und Lage der Gebärmutter. Heidelb. 1840.)

a. Knickung nach links und vorn.

Figur 4.

Nach links verzogener Muttergrund, und mit dergleichen Verunstaltung häufig verbundene Enge des Muttermundes. Von einem 15jährigen Mädchen.

(Nach Tiedemann a. a. O.)

Figur 5.

Muttergrund nach rechts stärker entwickelt. Gegend des Isthmus atrophisch.

(Nach Tiedemann a. a. O.)

Figur 6.

Scheidentheil des vorigen Präparates nach unten voluminöser mit schief gestelltem Muttermund.

Fig. 1.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

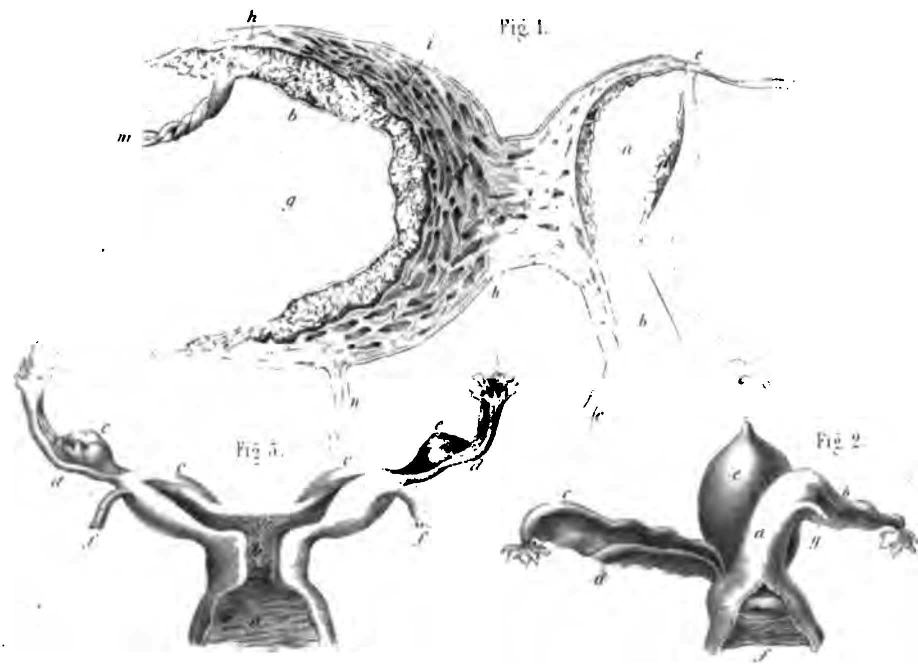


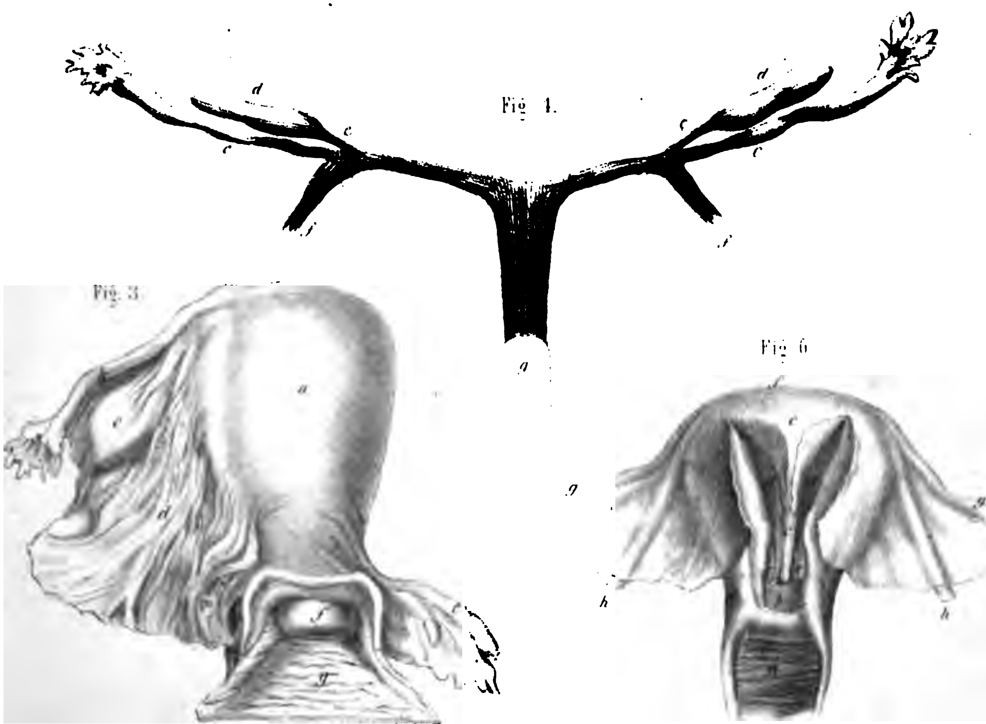
Fig. 5.



Fig. 6.




Fig. 1.
Fig. 5.
Fig. 2.


Fig. 4.
Fig. 3.
Fig. 6

Tafel XXXV.

Figur 1.

Rückwärtsneigung der schwangeren Gebärmutter im Anfang des fünften Monats mit beträchtlicher Ausdehnung der Harnblase durch verhaltenen Harn.

(Schematisch.)

Figur 2.

Rückwärtsbeugung der schwangeren Gebärmutter im vierten Monat.

(Schematisch).

Figur 3.

Ausdehnung der Harnblase durch Harnverhaltung in Folge von Zurückbeugung der Gebärmutter.

(Nach W. Hunter, Anatomia uteri gravidi.)

a.a. Getrennte und zurückgelegte Bauchdecken.
b. Mit Harn gefüllte Harnblase.
c.c. Darmschlingen.

Figur 4.

Zurückgebeugte mit dem Mastdarm durch organisirte Exsudate verbundene Gebärmutter.

(Nach Boivin et Dugès, Maladies de l'uterus.)

a. Schamfuge.
b. Harnblase.
c. Gebärmutter.
d. Scheide, aufgeschnitten.

e. Mastdarm.
f. Kreuzbein.

Figur 5.

Rückwärtsneigung der nicht schwangeren Gebärmutter.

(Schematisch.)

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4

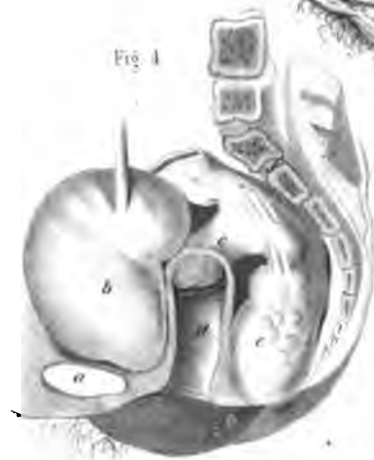


Fig. 5



Tafel XXXVI.

Figur 1.

Unvollständige Einstülpung der Gebärmutter (Inversio uteri) von einer 30 Jahre alten 3 Stunden nach der Entbindung Verstorbenen; von oben dargestellt.

(Nach Repertoire général d'anatomie et de physiologie pathologique. Tome II. Paris 1826. Geburtshülfliche Demonstrationen VIII. Heft.)

a. Harnblase.
b. Wulst der vorderen Gebärmutterwand.
c. Wulst der hinteren Gebärmutterwand.
d.d. Eileiter.
e.e. Eierstöcke.
f. Mastdarm.

Figur 2.

Unvollständige Einstülpung der Gebärmutter.

(Nach Baillie, a series of Engravings. 2. edit. London 1812. Chirurgische Kupfertafeln. Weimar 9. Heft. 1821.)

a.a.a. Scheide von hinten aufgeschnitten.
b.b. Die hintere Wand des Mutterhalses aufgeschnitten, um den umgestülpten Theil bloszulegen.
c. Umgestülpter Gebärmutterkörper.
d. Vordere Wand des Mutterhalses.

Figur 3.

Unvollständige Einstülpung der Gebärmutter fünf Jahre nach geschehener Inversion mit Vorfall.

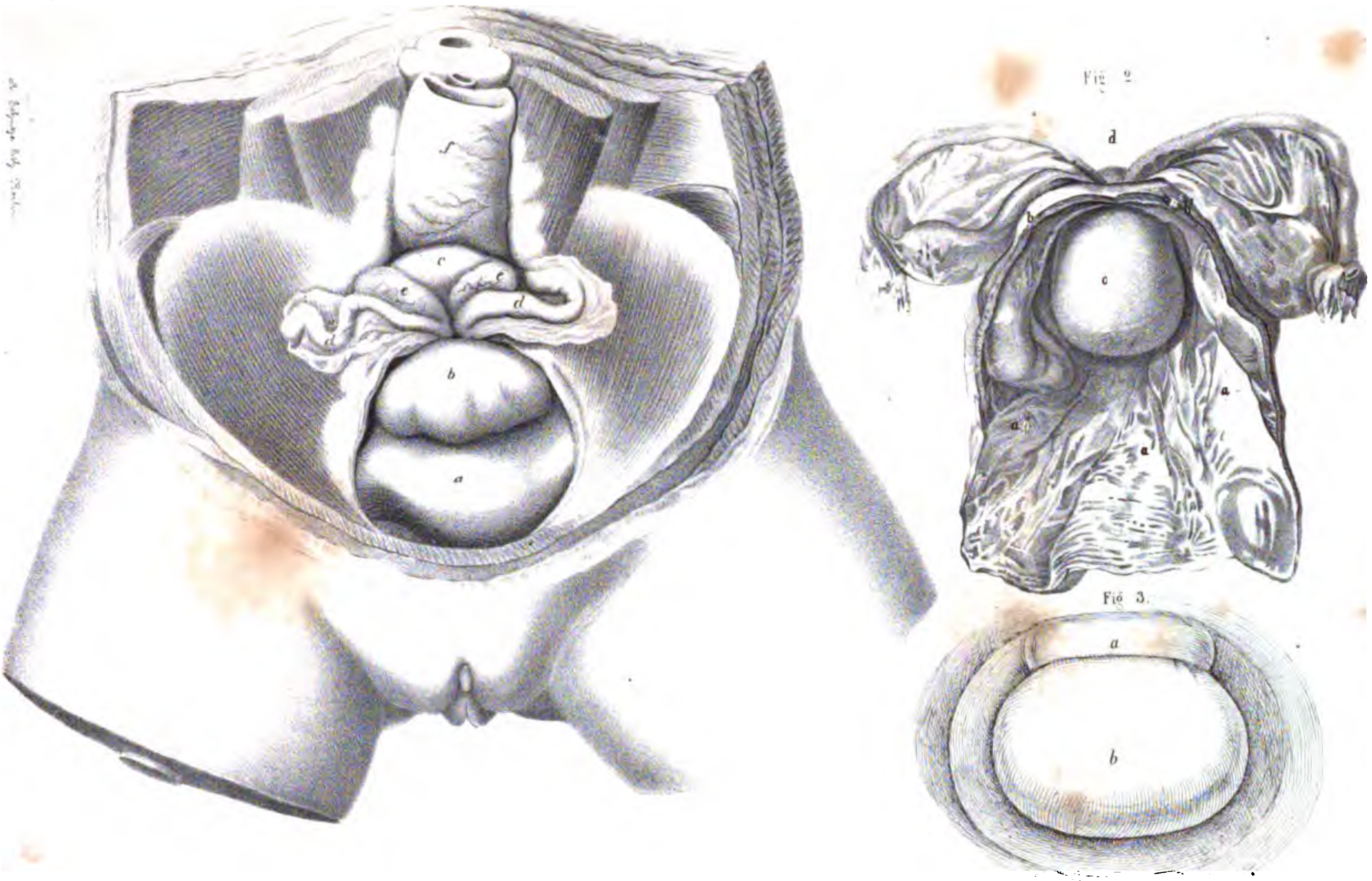
Vergl. Tafel XXXVII. Fig. 1.

(Natürliche Grösse.)

(Nach Boivin et Dugès, a. a. O. Pl. 12.)

a. Fest zusammengezogener Ring des Mutterhalses.
b. Invertirter Mutterkörper und Grund.

Taf. XXXVI.



Tafel XXXVII.

Figur 1.

Inversion der Gebärmutter mit Vorfall, veranlasst durch unvorsichtige Hervorziehung der Nachgeburt.

(Nach Boivin et Dugès, a. a. O. Pl. 12.)

a. Die Innenfläche des umgestülpten Gebärmutterkörpers.
b. Vorderer Rand des äusseren Muttermundes.

Figur 2.

Vorfall der polypenähnlich vergrösserten vorderen Muttermundslippe.

(Halbe Grösse des Originales.)

(Nach W. H. Niemayer, Zeitschrift für Geburtshülfe. I. Band. Halle 1828. Taf. 5.)

a. Polypenähnlich vergrösserte vordere Muttermundslippe vor den Scheidenausgang herausgetreten (wurde mit Erfolg durch die Ligatur entfernt).

Figur 3.

Polypenähnliche Vergrösserung der hinteren Muttermundslippe bis zu einem Gewicht von 14 Pfund.

(Nach Beobachtung des Verf. in der Leiche einer an Verblutung gestorbenen 42 Jahre alten Frau, schematisch gezeichnet.)

a. Gebärmuttergrund in der Höhe des Nabels zu fühlen.
b. Vordere Muttermundslippe.
c. Hypertrophische hintere Muttermundslippe.

Figur 4.

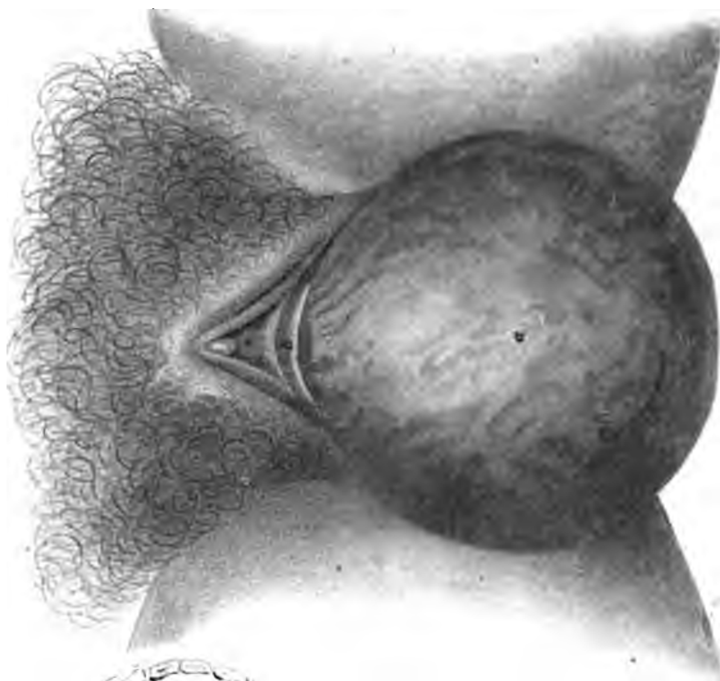
Verlängerung des Scheidentheils.

(Die Hälfte der Grösse des Originals.)

(Nach Boivin et Dugès, a. a. O.)

a. Scheidentheil.
b. Hintere Muttermundslippe.
c. Vordere Muttermundslippe.
d. Gestielte Excrescenzen an der Vorhaut des Kitzlers.

Taf. XXXVII


Fig. 1.

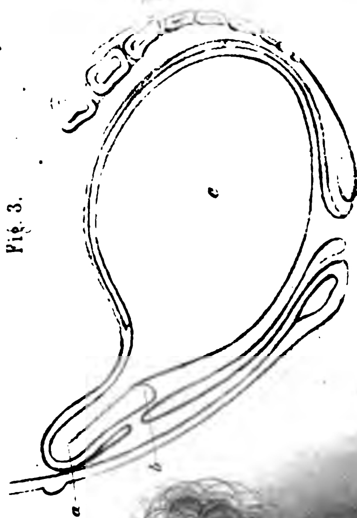
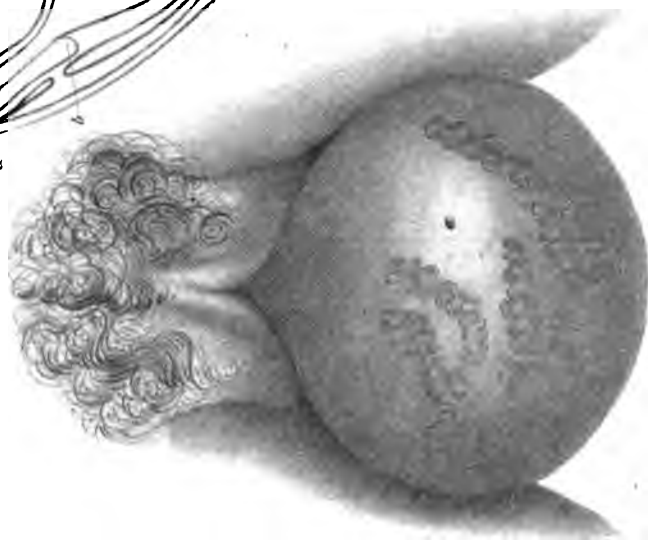

Fig. 3.


Fig. 4.


Fig. 2.

Tafel XXXVIII.

Figur 1.

Vollkommener Vorfall der Gebärmutter mit Verlängerung und Hypertrophie des Mutterhalses.

(Nach einem Präparat des Jenaischen anatom. Museums vergl. Chirurgische Kupfertafeln. Weimar. 1822. Taf. 61.)

a. Scheidentheil der verlängerten Gebärmutter.
b. Umgestülpte Scheide.
c.c. Kleine Schamlefzen.
d.d. Runde Mutterbänder.
e.e. Harnleiter.
f. Harnblase.
g.g. Fimbrien der Eileiter.

Figur 2.

Beckeneingeweide beim Vorfall der Gebärmutter von innen gezeichnet.

Vergl. Fig. 1.

(Nach Chirurgische Kupfertafeln. Taf. 61.)

a. Die Harnblase.
b. Der Mastdarm.
c.c. Eierstöcke.
d.d. Franzen der Eileiter.
e.e. Runde Mutterbänder.
f.f. Harnleiter.

Figur 3.

Vollkommener Gebärmuttervorfall in Folge von Verlängerung des Mutterhalses.

(Nach Matthew Baillie, a series of Engravings. 2 edit. London. 1812.)

a. Harnröhrenmündung.
b. Umgestülpte vordere Scheidenwand.

c. Muttermund.
d. Scheidentheil.

Figur 4.

Vollkommener Gebärmuttervorfall ohne Cystocele in Folge von Vorfall der hintern Scheidenwand mit Enterocele und Mastdarmvorfall.

(Nach R. Froriep, Chirurg. Kupfertafeln. Taf. 388. Vergl. die folgende Tafel, Figur 2.)

a. Harnröhrenmündung.
b. Gebärmuttervorfall mit Umstülpung der Scheide.
c. Mastdarmvorfall.

Figur 5.

Vollkommener Vorfall der hochschwangeren Gebärmutter mit unvollkommener Fusslage der Frucht bei einer 38 Jahre alten Mehrgebärenden.

(Nach Wagner in El. v. Siebold's Journal für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten. Frankf. a. M. V. Band. 1826. S. 615.)

a. Harnröhrenmündung.
b. Vorgefallene Gebärmutter mit der Frucht bei umgestülpter Scheide.
c. Muttermund, aus welchem der rechte Fuss der Frucht hervorgetreten ist.

Taf. XXXVIII.

Fig 1.

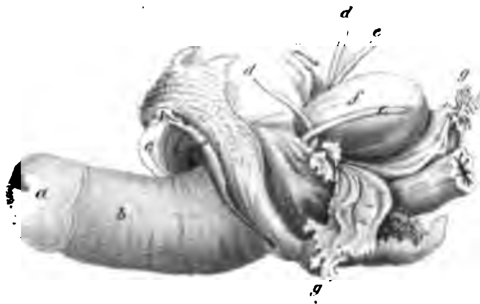


Fig. 4



Fig 2.

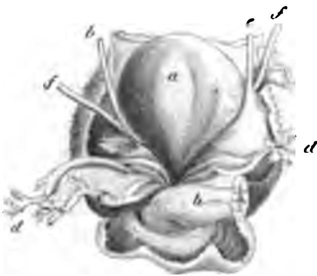


Fig 5.

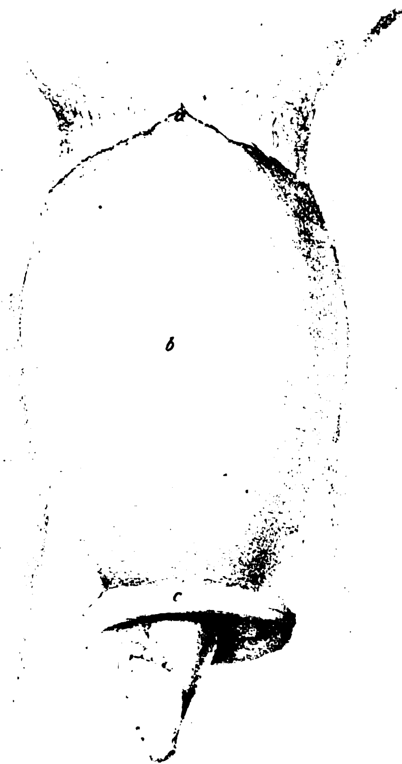


Fig 3.



A. Schütze lith. in Berlin

Tafel XXXIX.

Figur 1.

Vorfall der hinteren Scheidenwand mit Senkung des Uterus.

(Nach Rob. Froriep, Chirurgische Kupfertafeln.)

a. Mastdarm.
b. Erweiterter Douglas'scher Raum mit Herabtreten der hinteren Scheidenwand, Darmscheidenbruch (Enterocele cum prolapsu vaginae posteriore).
c. Uterus.
d. Harnblase.
e. Schamfuge.

Figur 2.

Vorfall der Gebärmutter mit sehr beträchtlichem Darmscheidenbruch und Mastdarmvorfall.

(Nach R. Froriep, Chirurgische Kupfertafeln. Tafel 388. Vergl. die vorhergehende Tafel. Figur 4.)

a. Kreuzbein und Steissbein.
b. Aufgeschnittenes und prolabirtes Rectum.
c. Der Damm.
d.d. Sehr verlängerter und verdickter Mutterhals.
e.e. Bauchfellfalte zwischen Uterus und Rectum.
f. Harnblase.
g. Schamfuge.
h. Eierstock.
i. Eileiter.
k. Harnröhre.

Figur 3.

Gebärmuttervorfall in Folge von beträchtlicher Verlängerung des Uterus mit Cystocele.

(Nach Rob. Froriep, Chirurg. Kupfertafeln. Taf. 417.)

a. Kreuz- und Steissbein.
b. Mastdarm.

c. Vorgetriebene verdickte hintere Scheidenwand.
d.d. Sehr verlängerter Mutterhals.
e.e. Umgestülpte vordere Scheidenwand.
f. Harnblase.
g. Schamfuge.
h. Wenig herabgesunkener Mutterkörper und Grund.
i. Damm.
k. Eierstock und Eileiter.

Figur 4.

Gebärmutterverfall in Folge von vorderem und hinterem Scheidenverfall.

(Nach Rob. Froriep, Chirurgische Kupfertafeln. Tafel 416.)

a. Kreuz- und Steissbein.
b. Mastdarm.
c. Hintere Scheidenwand.
d. Nicht vergrösserte Gebärmutter, seitlich aufgeschnitten mit verwachsenem Muttermund.
e.e. Vordere Scheidenwand.
f.f. Harnblase in Folge der Cystocele in zwei Abtheilungen geschieden.
g. Schamfuge.
h. Harnröhre nach unten verlaufend.
i.i. Eierstock und Eileiter.
k. In Folge von andauerndem Druck auf den unteren Theil sehr erweiterter Harnleiter.
l. Bauchfellfalte zwischen Gebärmutter und Harnblase.
m. Erweiterter Douglas'scher Raum.
n. Damm.

Fig. 2.

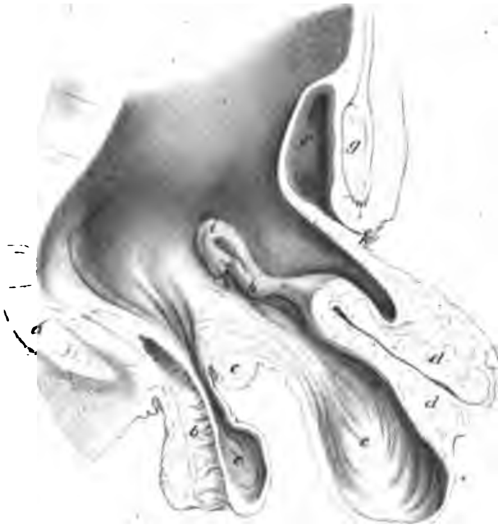


Fig. 1.



Fig. 3.

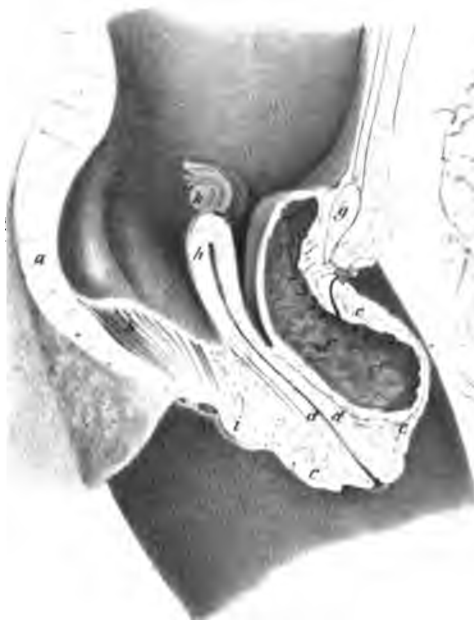


Fig. 4.



Tafel XL.

Figur 1.

Verlängerung des Mutterhalses mit Verfall, nebst Fibroiden in den Gebärmutter-Wandungen und einer Cyste am Muttergrund.

(Nach Cruveilhier, Anatomie pathologique.)
(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

a. Umgestülpte, mit dickem, Epidermis ähnlichen Epithelium versehene Scheidenwand.
b. Muttermundslippen.
c. Sehr verlängerter Mutterhalskanal.
d. Gebärmutterhöhle.
e.e.e. Fibroide in der Wand des Gebärmutterkörpers.
f.f.f. Grosse Cyste mit serösem Inhalt an dem grösseren Fibroid.

Figur 2.

Verlängerung der Gebärmutter, welche mit ihrem Körper in einer Cruralhernie gelegen hatte.

(Nach Cruveilhier a. a. O.)
(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

Figur 3.

Durchreibung der hinteren Wand des Gebärmutterhalses mit Erhaltung des Bauchfellüberzuges 6 Wochen nach der Entbindung bei einer an den Folgen einer Bauchfellentzündung Verstorbenen.

(Nach Cruveilhier a. a. O.)

a. Vernarbte Ruptur der hinteren Wand.

Figur 4.

Dieselbe vernarbte Durchreibung, wie Fig. 3, von innen dargestellt.

(Nach Cruveilhier a. a. O.)
(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

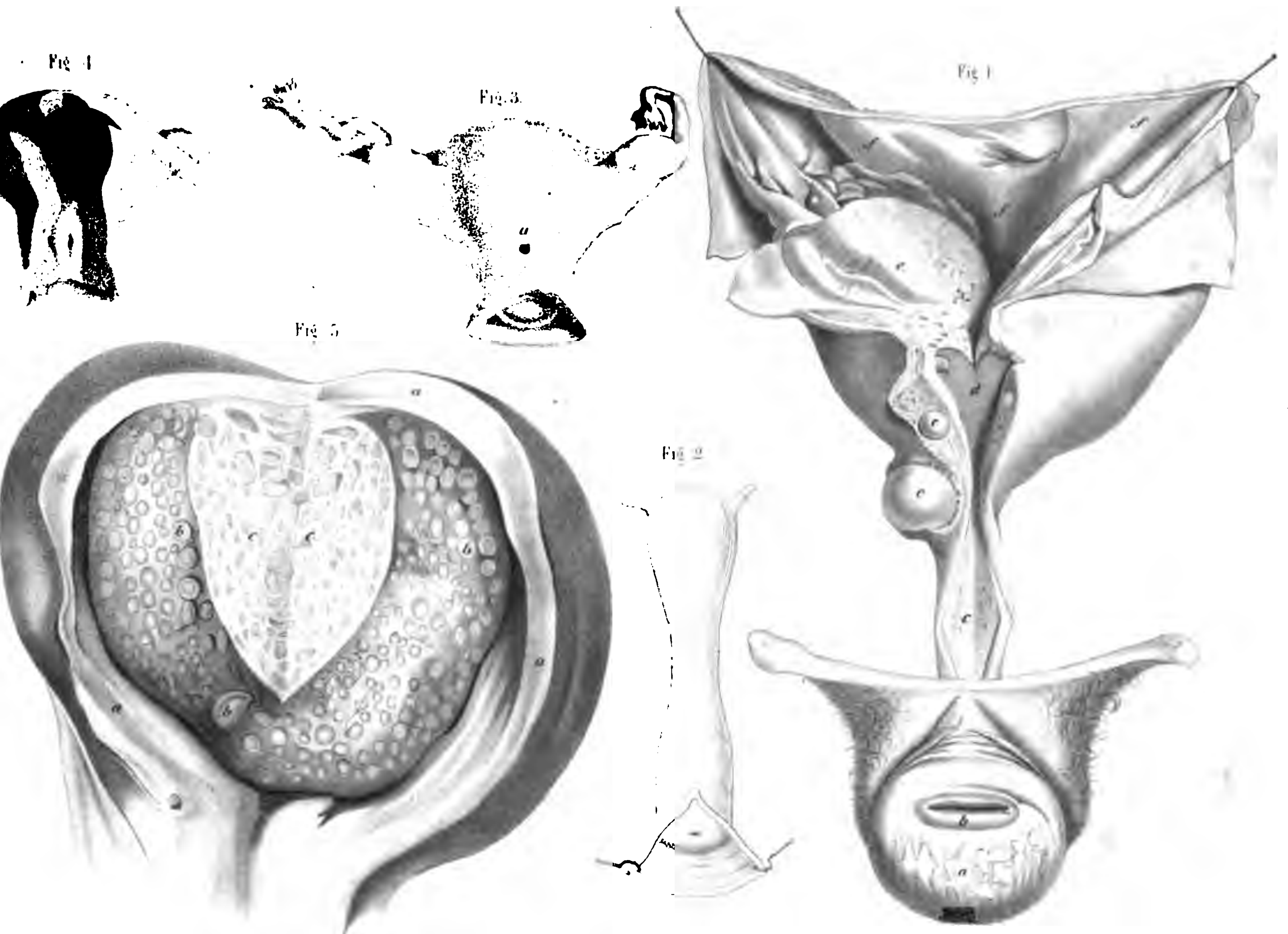
Figur 5.

Blasenpolyp oder Cystosarcom der Schleimhaut der Gebärmutterhöhle, durch Degeneration der Utriculardrüsen entstanden.

(Nach J. Hope, principles and illustrations of morbid anatomy, London 1834. No. 218.)

Verf. entfernte 1849 eine solche, an der vorderen Gebärmutterwand breit aufsitzende, über Kindskopf grosse Cystengeschwulst durch die Ligatur innerhalb der Gebärmutterhöhle mit dauernder Genesung bei einer 39 Jahre alten Frau, welche in Folge von mehrjährigen heftigen Uterinblutungen im höchsten Grade anämisch geworden war.

a. a. a. a. Gebärmutterwandungen.
b. b. b. b. Bis zu kirschgrossen Blasen degenerirte Utriculardrüsen.
c. c. Einschnitt in das Cystosarcom.


Fig. 4
Fig. 3.
Fig. 1
Fig. 5
Fig. 2

Tafel XLI.

Figur 1.

Scheidentheil mit geöffneten Muttermund, in welchem man einen Intrauterinpolypen erblickt.

(Nach Cruveilhier, Anatomie pathologique Livr. XI. pl. 6.)

a. a. a. a. Aufgeschnittene Mutterscheide.
b. Scheidentheil.
c. c. Hypertrophische Follikel.
d. Unteres Ende des Polypen.

Figur 2.

Nach Spaltung der vorderen Gebärmutterwand (vergl. Fig. 1.) zeigt sich der aus dem Muttergrund entspringende fibröse Polyp.

(Ein Drittel des Originals.)
(Nach Cruveilhier a. a. O.)

a. a. a. Mutterlippen, welche 8‴ unter den Polypen herabragten.
b. b. Verdickte Gebärmutterwand mit entwickelten Gefässen.
c. Fibröser Polyp, welcher eine Einziehung des Muttergrundes veranlasst hat.

Figur 3.

Senkrechter Durchschnitt des Fig. 2. abgebildeten, aus der Gebärmutterwand entsprungenen fibrösen Polypen.

a. Uebergangsstelle des Sarcoms in das Gewebe des Muttergrundes.
b. b. Erweiterte Venen in dem Sarcom.

Figur 4.

Fibroide in der Gebärmutterwand und Follikularpolypen des Mutterhalskanales.

(Ein Drittel des Originales.)
(Nach Cruveilhier a. a. O. Livr. XIII. pl. 6.)

a.a. Die aufgeschnittene Gebärmutterwand zeigt eine Gefässentwickelung, ähnlich jeder im dritten Schwangerschaftsmonat.
b. Fibroid unter einer gespaltenen dünnen Schicht der hinteren Gebärmutterwand (c).
d.d.d. Andere Fibroide in den Gebärmutterwänden.
e. Subperitoneales Fibroid.
f. Follikularpolypen des Mutterhalskanales.

Figur 5.

Fibroid in der vorderen Wand der Gebärmutter, welche die Grösse eines hochschwangeren Uterus erlangt hatte.

(Ein Drittel des Originals.)
(Nach Cruveilhier a. a. O.)

a.a.a. Verdickte Gebärmutterwand mit erweiterten Gefässen.
b.b. Gespaltene, das Fibroid bedeckende innere Schicht der vorderen Gebärmutterwand.
c.c. Gespaltenes Fibroid, welches mit seröser Flüssigkeit gefüllte Höhlen
d.d. einschliesst.
e.e.e. Durchschnittene, zum Theil mit Thromben gefüllte Venen im Fibroid.

Fig. 2.



Fig. 1



Fig. 4.

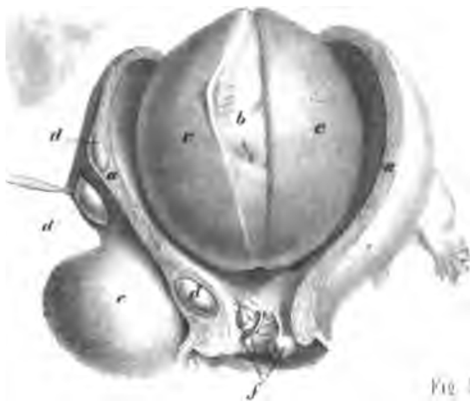


Fig. 3.

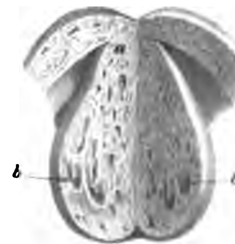
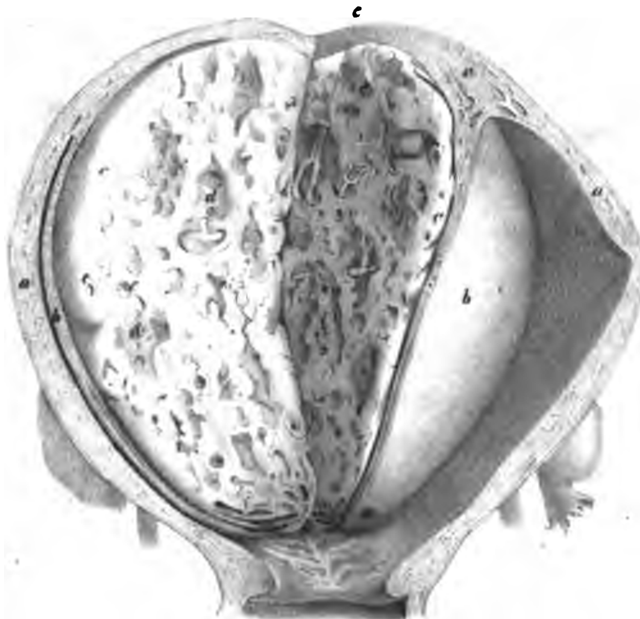


Fig. 5.



Tafel XLII.

Figur 1.

Polyp der Schleimhaut und des unterliegenden Uteringewebes vom inneren Muttermunde nach der Höhle hinaufgewachsen.

(Ein Halb des Originales.)

(Nach R. Froriep, Chirurg. Kupfertafeln, 80. Heft. Weimar 1839.)

a. Der Polyp innerhalb der geöffneten Gebärmutterhöhle

b. Der herausgenommene, senkrecht durchgeschnittene Polyp aus Schleimhaut, glatten Muskelfasern und sehr feinen Gefässen bestehend.

Figur 2.

Mehrfache Schleimhautwucherungen der Gebärmutterhöhle.

(Ein Halb des Originals.)

(Nach R. Froriep a. a. O.)

a.a. a.a. Die polypösen Schleimhautwucherungen in der Gebärmutterhöhle.

b. Die gefässreiche Schleimhautwucherung, gespalten, um deren Höhlen zu zeigen.

Figur 3.

Schleimhautpolyp am Muttergrunde, Wucherung der Schleimhaut und ihrer Utricular drüsen.

(Nach R. Froriep a. a. O.)

Figur 4.

Interstitielles und submucöses Fibroid, letzteres als Polyp in die Gebärmutterhöhle hineingewachsen.

(Ein Halb des Originals.)

(Nach R. Froriep a. a. O.)

Figur 5.

Zahlreiche runde Fibroide, theils unter dem Bauchfellüberzuge, theils unter der Schleimhaut der Gebärmutter.

(Ein Halb des Originals.)

(Nach R. Froriep a. a. O.)

Figur 6.

Fibroid in der Wand des Muttergrundes einer Gebärmutter gleich nach der Geburt.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach Cruveilhier, Anat. pathol. Livr. XI.)

a. a. a. a. a. Durch die Schwangerschaft entwickelte Gebärmutterwandungen mit weiten Gefässen.

b. Placentalstelle.

c. c. Durchschnitt des Fibroids.

Fig. 1.

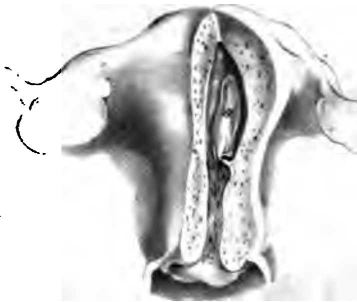




Fig. 3



Fig. 4.



Fig. 2.





Fig. 5.



Fig. 6.



Tafel XLIII.

Figur 1.

Fibroide in der hinteren Wand des Mutterhalses und des Gebärmutterkörpers.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach C. Wenzel, über die Krankheiten des Uterus. Mainz. 1816. Taf. 7.)

a a. Reste der durchschnittenen Harnblase.
b.b.b. Durchnittene vordere Wand der Gebärmutter.
c.c. Interstitielles Fibroid in der hinteren Wand des Mutterhalses, welches den Schein eines vorliegenden Kopfes geboten hatte.
d. Kleineres Fibroid in die Gebärmutterhöhle hereinragend.

Figur 2.

Das Fig. 1. abgebildete Fibroid der hinteren Wand des Mutterhalses durchgeschnitten.

(Nach C. Wenzel a. a. O. Taf. 8.)

a.a. a.a. Durchschnitt der vorderen Gebärmutterwand.
b.b.b.b. Durchschnitt der hinteren Wand des Uterus, in welche das Fibroid eingebettet war.
c.c. Durchschnitt des Fibroides, viele weite Gefässöffnungen zeigend.
d. Gebärmutterhöhle.
e. Fibroid unter der Schleimhaut der Gebärmutterhöhle.

Figur 3.

Interstitielles Fibroid in der vorderen Wand des sehr vergrösserten Gebärmutterkörpers.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach C. Wenzel a. a. O. Taf. 10.)

a.a. Vordere Wand der Gebärmutter.
b.b.b. Pseudomembranen, wodurch die vordere Uterinwand mit der Bauchwand verwachsen war.

c. c. Die gespaltene vordere Muttermundslippe.
d. d. Fibroid in der hinteren Muttermundslippe.

Figur 4.

Durchschnitt des in Fig. 3. abgebildeten Fibroids in der vorderen Gebärmutterwand.

(Nach C. Wenzel a. a. O. Taf. 11.)

a. a. a. a. a. Durchschnitt der sehr gefässreichen Gebärmutterwand, welche das Fibroid einschliesst.
b. b. Schnittfläche des interstitiellen Fibroids.
c. c. Gespaltene vordere Mutterhalswand.
d. Fibroid in der hinteren Muttermundslippe.



Fig. 2.



Fig. 1.



Fig. 3.



Fig. 4.



Tafel XLIV.

Figur 1.

Gebärmutterkrebs mit Krebs der vorderen Wand der Scheide und des hinteren Theils vom Scheidengewölbe.

(Ein Halb des Originals.)

(Nach Cruveilhier a. a. O., Livr. 24.)

a a a. Die verdickte Harnblase.
b. b. Der Mutterkörper, anscheinend frei von Krebsinfiltration.
c. c. Krebs, an der vorderen und der hinteren Wand der Scheide, vorn im beginnendem Zerfall.
d. Unterer Theil der Scheide

Figur 2.

Exulcerirter Gebärmutterkrebs.

(Nach C. Wenzel, die Krankheiten des Uterus. Frankfurt 1816.)

a. a. Gebärmutter von hinten aufgeschnitten.
b. b. b. Krebsgeschwür des Mutterhalses.
c. c. Verdickte und am Fransenende verwachsene Eileiter.
d. d. Eierstöcke.
e. e. Durchschnittener Mastdarm.

Figur 3.

Krebsige Zerstörung des Scheidentheils und der Scheidewand zwischen Harnblase und Scheide.

(Ein Halb des Originals.)

(Nach C. Wenzel a. a. O.)

a. a. Von vorn durchschnittener Gebärmutterkörper.
b. b. Eileiter.
c. c. c. Geschwürsfläche an der Stelle des Scheidentheils und der hinteren Scheidenwand.
d. d. d. Mit Krebs infiltrirter Rand der Blasenscheidenfistel.

e.e.e.e. Verdickte Harnblasen- und Harnröhrenwand von vorn aufgeschnitten.
f.f. Gespaltene Harnröhre.

Figur 4.

Die von Krebs ergriffene Gebärmutter der Fig. 3. nebst den Eileitern, von hinten dargestellt.

(Nach C. Wenzel a. a. O.)

a.a. Hintere Fläche des Gebärmutterkörpers.
b. Linker Eileiter durch Exsudatmembranen an der hinteren Fläche des uterus angeheftet, in drei cystenartige Erweiterungen
c.c.c. endigend.
d. Verwachsener Eileiter der anderen Seite.
e. Hintere Wand der Scheide.

Fig. 3.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 4.



A. Schütze lith. in Berlin.

Tafel XLV.

Figur 1.

Endometritis diphtheritica bei einer 14 Tage nach der Entbindung von einem todten Kinde mit Zurücklassung eines Stücks des Mutterkuchens in Folge von phlebitis uterina gestorbenen Wöchnerin.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach Cruveilhier a. a. O., Livr. IV. p. 6.)

a.a.a. Aufgewulstete, mit einem Exsudat belegte Innenfläche der Gebärmutterhöhle.
b.b.b. Wulstige Placentalstelle.
c.c.c.c.c. Mit Thromben und Detritus derselben gefüllte Venen.
d.d. Blutinfiltration um erkrankte Venen.

Figur 2.

Thrombose der Venen in der Gebärmutter und den breiten Mutterbändern des in Fig. 1. von innen gezeichneten Präparates.

(Nach Cruveilhier a. a. O.)

a.a. Runde Mutterbänder.
b.b.b. Blutgerinnsel in den aufgeschnittenen Venen.
c.c.c. Mit jauchig zerfallenen Thromben gefüllte Venen.

Figur 3.

Lympfgefässentzündung der Gebärmutter einer Wöchnerin.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach Cruveilhier a. a. O., Livr. XIII.)

a.a. Nieren.
b. Untere Hohlader.
c. Aorta.
d.d. Ureteren.
e. Mastdarm.
f. Hintere Fläche der vorwärts herausgelegten Gebärmutter.

g.g.g. Erweiterte, mit Eiter (?) gefüllte Lymphgefässe unter dem **Bauchfellüberzuge** der Gebärmutter.
h.h.h.h. Lymphräume und Lymphgefässe, aufgeschnitten.
i.i i. Exsudatmassen auf den geschwollenen Eierstöcken.
k.k. Mit Eiter (?) gefüllte erweiterte Lymphgefässe in dem Verlauf der **Vasa spermatica.**
l l. Lymphdrüsen.

Figur 4.

Chronisch entzündete, aufgewulstete Schleimhaut des Mutterhalses; Collum tapyroides, Ectropium am Muttermund.

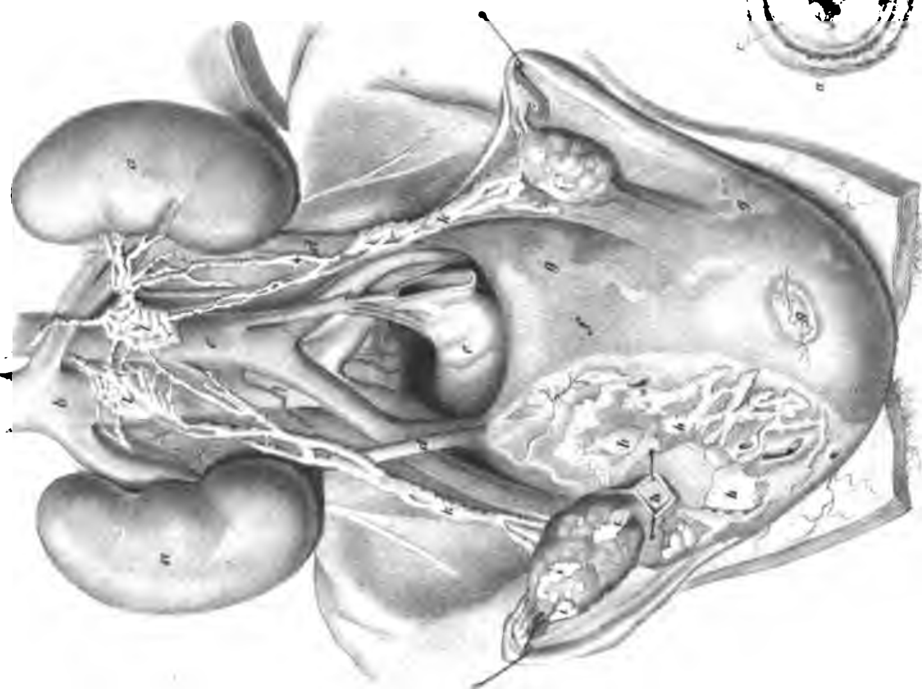
(Nach Boivin et Dugès a. a. O.)

Taf XLV


Fig 2


Fig 1


Fig 4


Fig 3

Tafel XLVI.

Figur 1.

Die hintere Fläche eines puerperalen Uterus mit Lymphgefässentzündung nebst Tuben- und Eierstocksentzündung.

(Ein Drittel des Originals.)

(Nach Cruveilhier a. a. O., Livr. XIII.)

a.a.a. Die erweiterten, mit Eiter (?) gefüllten Lymphgefässe durch den Bauchfellüberzug durchscheinend.
b.b.b. Nach Wegnahme des Bauchfells blosgelegte und aufgeschnittene Lymphräume.
c.c.c. Durchschnittene, mit Lymphthromben gefüllte erweiterte Lymphgefässe.
d. Durchschnittene, völlig intacte Venen.
e.e. Entzündete Eileiter.
f. Durchschnitt des linken verdickten Eileiters, zeigt den eiterigen Inhalt desselben.
g.g. Durch Infiltration vergrösserte, mit eiterigem Exsudat belegte Eierstöcke.

Figur 2.

Durchschnitt eines Eierstocks von Fig. 1.

(Nach Cruveilhier a. a. O.)

Figur 3.

Aufschnitt eines serös infiltrirten Eierstocks, wie er bei Metrolymphangioitis puerperalis häufig gefunden wird.

(Nach Cruveilhier a. a. O.)

Figur 4.

Dermaassen erweichter Eierstock, dass derselbe bei dem geringsten Zuge faserig zerfällt, wie man dergleichen neben Metrolymphangioitis puerperalis bisweilen antrifft.

(Nach Cruveilhier a. a. O.)

Figur 5.

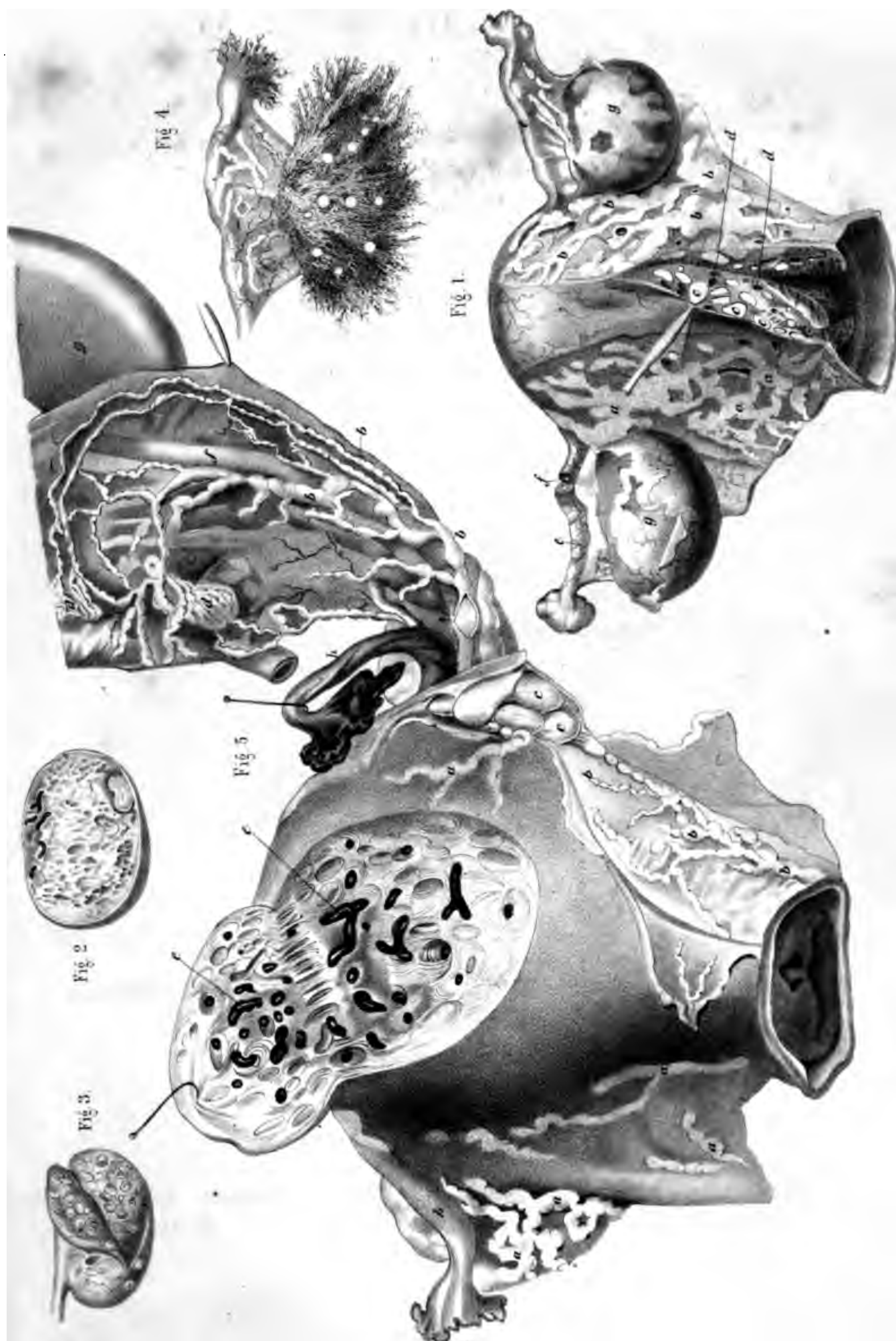
Lymphangioitis und Venen-Thrombosis der Gebärmutter bei einer am fünften Tage nach der Geburt gestorbenen Wöchnerin.

(Ein Halb der Grösse des Originals.)

(Nach Cruveilhier, Livr. XIII.)

a. a. a. Mit Eiter gefüllte Lymphgefässe durch das Bauchfell hindurchschimmernd.
b. b. b. b. b. Nach Wegnahme des Bauchfellüberzuges blossgelegte, Eiter- und Lymphgerinnsel führende Lymphgefässe.
c. c. Lymphräume.
d. Erkrankte Lymphdrüsen
e. e. Thromben in den Venen hinter der Placentalstelle.
f. Harnleiter.
g. Niere.
h. h. Eileiter.

Taf. XLVI.



A. Schütze lith. in Berlin

Tafel XLVII.

Figur 1.

Cyste im Scheidengewölbe neben dem Scheidentheile einer Mehrgebärenden.

(Nach H. Lebert, Traité d'anatomie pathologique. Livr. 31. Paris. 1859.)

a. Cyste.
b. Scheidentheil.
c. Muttermund mit Einkerbungen von vorausgegangenen Geburten.

Figur 2.

Geschwür am Muttermund mit beginnender narbiger Verengung desselben und Follikularentzündung.

(Nach H. Lebert, a. a. O.)

a. Geschwür aus einem geborstenen Follikel hervorgegangen.
b. Geschwür im äusseren Muttermund.
c. Mit eiterig-schleimigem Inhalt gefüllte erweiterte Follikel.

Figur 3.

Chronische Entzündung des Scheidentheils mit Papillarhypertrophie und einzelnen Follikularentzündungen.

(Nach H. Lebert, a. a. O.)

a. Verzogener und durch Schwellung der Mutterlippen verengter Muttermund.
b.b. Einzelne mit eiterigem Schleim gefüllte vergrösserte Follikel.

Figur 4.

Wulstung der chronisch entzündeten Schleimhaut des Mutterhalskanales mit Papillarhypertrophie.

(Nach H. Lebert, a. a. O.)

Figur 5.

Entzündung des Scheidentheils mit beträchtlicher Wulstung der Schleimhaut (sogen. Erosion mit Papillarhypertrophie) und Follikular-Entartung.

(Nach H. Lebert, a. a. O.)

Figur 6.

Papillarhypertrophie in dem Scheidengewölbe bei einer Schwangeren. (Kolpitis granulosa.)

(Nach H. Lebert, a. a. O.)

Figur 7.

Condylomatöse Wucherungen am Scheidentheil.

(Nach H. Lebert, a. a. O.)

Figur 8.

Diphtheritische Entzündung des Scheidentheils.

(Nach H. Lebert, a. a. O.)

Taf. XLVII.

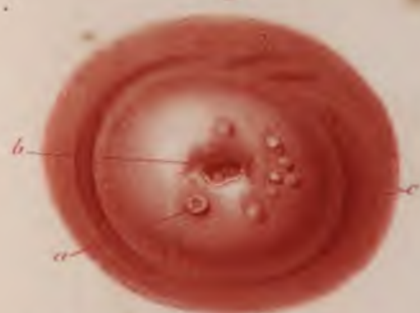


Fig. 2



Fig. 1.

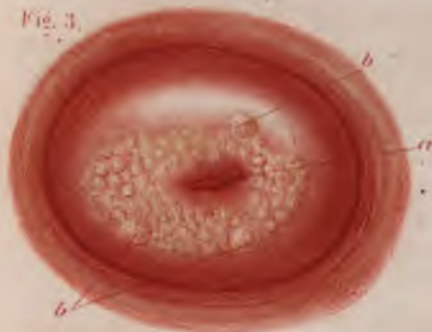


Fig. 3.

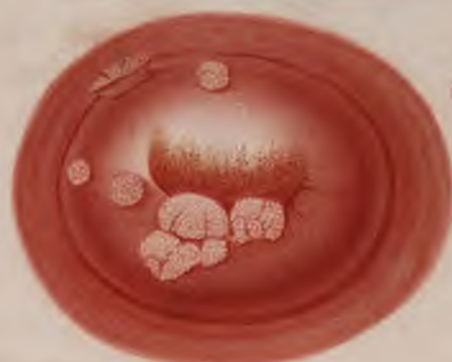

Fig. 7.


Fig. 4.


Fig. 5.


Fig. 8.


Fig. 6.

Tafel XLVIII.

Figur 1.

Eileiterwassersucht, Hydrops tubarum Falloppianarum.

(Ein Halb des Originals.)

(Nach R. Froriep, pathologisch-anatomische Abbildungen. 1. Lief. Weimar 1836. Taf. IV.)

a. Gebärmutterhals.
b. Gebärmutterhöhle.
c.c. Runde Mutterbänder.
d. Der nach innen verwachsene linke Eileiter, aufgeschnitten.
e.e.e.e. Aufgeschnittene buchtige Erweiterungen des linken Eileiters.

Figur 2.

Tuberkulose der Eileiter und der Schleimhaut der Gebärmutterhöhle, von einem an Lungentuberkulose gestorbenen jungen Mädchen. Das Bauchfell erschien frei von Tuberkeln; anderweit deutet das Original eine Blutung aus dem (durch ein phagedänisches Geschwür?) zerstörten Scheidentheil an.

(Ein Halb der Grösse des Originals.)

(Nach Cruveilhier, a. a. O. Livr. 39.)

a. Linker in seiner äusseren Hälfte stark erweiterter, mit einer weichen käsigen Masse erfüllter Eileiter, dessen Fransenende verwachsen war.
b. Rechter, ebenfalls nach aussen stark erweiterter, an beiden Enden offener Eileiter.
c.c. Eierstöcke.
d. Geöffnete Gebärmutterhöhle, deren Schleimhaut mit Tuberkeln infiltrirt ist.

Figur 2.b.

Rechter Eileiter von Figur 2. der Länge nach aufgeschnitten.

(Nach Cruveilhier, a. a. O.)

a. Ungewöhnlich stark entwickelte Längsfalten der Schleimhaut, mit Tuberkelmasse bedeckt.

Figur 3.

Schwangerschaft im rechten Eierstock.

(Etwas mehr als die Hälfte natürlicher Grösse.)

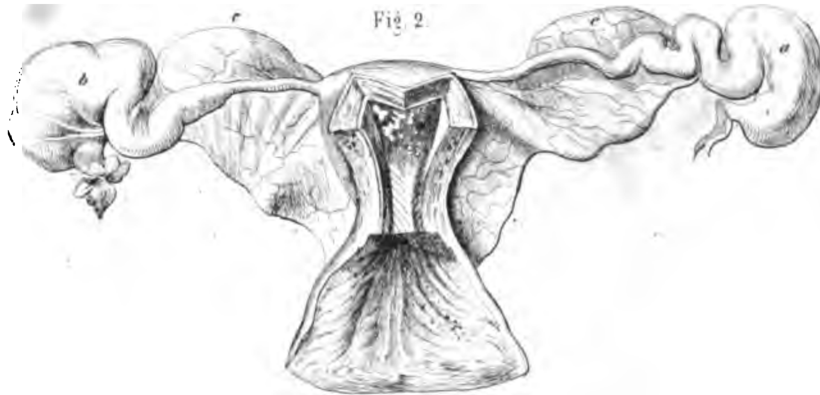
(Nach Willigk, Prager Vierteljahrschrift 1859. 3. Band. S. 85.)

Die Frucht soll das Alter von etwa drei Monaten erreicht haben.

a.a. Die 8 Cmtr. lange vordere Gebärmutterwand.
b.b. Die 2,6 Cmtr. dicke Wandung der Gebärmutter.
c. Die zu einer feinzottigen Decidua entwickelte Schleimhaut.
d.d. Die runden Mutterbänder.
e. Der durch die vordere Platte des breiten Mutterbandes hervorgedrängte rechte Eierstock.
f. Der verwachsene rechte Eileiter.
g. Der linke Eileiter.
h. Das gefranste freie Ende des linken Eileiters.
i.i.i. Der im vergrösserten Eierstock befindliche 7 Cmtr. lange Fruchtsack von den Wandungen des linken breiten Mutterbandes bedeckt.

Fig. 3.









A. Schütze lith. Berlin.

Tafel XLIX.

Figur 1.

Eierstockscystoid mit gallertartigem (colloidem) Inhalt.

(Ein Halb der Grösse des Originales.)

(Nach Cruveilhier, a. a. O.)

a. Gebärmutter, nach links verzogen.
b.b. Runde Mutterbänder.
c. Rechter Eileiter.
d. Rechter atrophischer Eierstock.
e. Verlängerter linker Eileiter.
f. Linkes Eierstocksband.
g.g.g.g. Eierstockscystoid.
h.h.h.h. Hervorragende durchscheinende Cysten.
i.i. Ausgetretener colloider Inhalt.
k.k. Erweiterte, auf der Wand der grösseren Cyste verlaufende Venen.

Figur 2.

Dasselbe Eierstockscystoid stellenweise geöffnet.

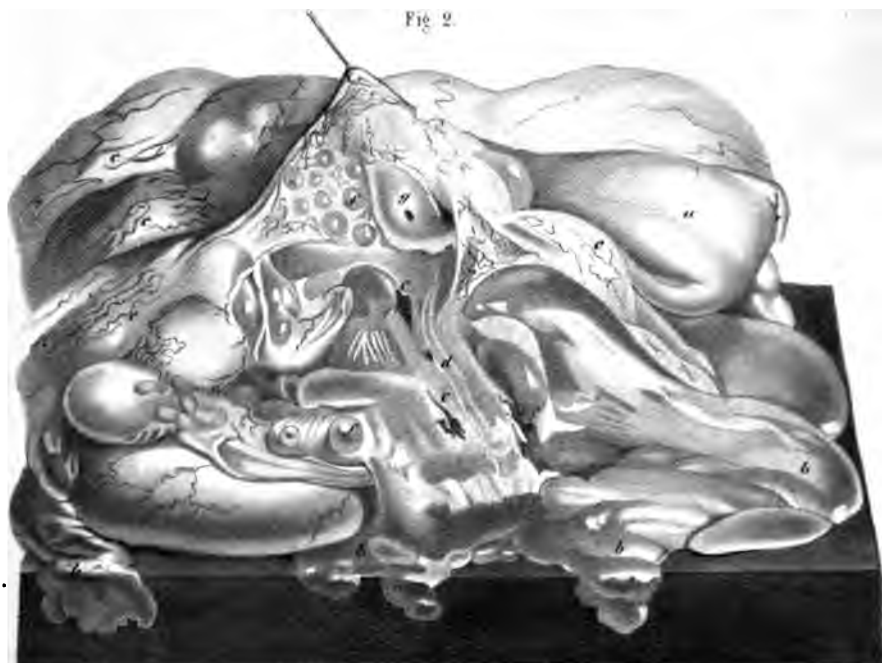
(Nach Cruveilhier, a. a. O.)

A. Gebärmutter.
b.b.b.b. Colloide Masse aus den Cysten hervortretend.
c.c.c. Blutinseln in der Cystenwand.
d. Grössere, nicht ramificirte Vene in der Cystenwand.
e.e.e. Venennetze auf der Aussenfläche der Cysten.
f. Cysten in der Cystenwand, in areolärer Anordnung.

Fig. 1.



Fig. 2.



Tafel L.

Figur 1.

Fett- und Haarcysten mit Knochenstücken und Zähnen aus einem Ovarium.

(Ein Drittel des Originals.)

(Nach Cruveilhier, Anat. pathol. Livr. XVIII. pl. 4.)

a. Fett- und Haarcystenmasse.
b.b. Balg der Cyste, in welchem
c.c.c. einzelne Haare wurzeln und
d.d.d. viele Kalkplatten sich finden.
e. Eine grössere, einem Alveolarrand ähnliche Kalkplatte trägt zwei Zähne.

Figur 1.[a]

Die kieferrandähnliche Kalkplatte, welche zwei Zähne trägt, aus der in Fig. 1. abgebildeten Fett- und Haarcyste.

(Grösse des Originals.)

(Nach Cruveilhier a. a. O.)

a. Kieferrandähnliche Kalkplatte.
b. Hundszahn.
c. Backenzahn.

Figur 2.

Kindskopfgrosse Haar- und Fettcyste des rechten Eierstocks nebst kleinen Colloidcysten. Die Geschwulst hatte eine Einklemmung der Beckeneingeweide verursacht.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach Cruveilhier a. a. O., pl. 5.)

a. Verworrener Haarbüschel von beträchlicher Länge, durch Alkohol vom umgebenden Fett befreit.
b. Haarwurzeln in dem cutisartigen Gewebe, welches
c.c.c. an drei hervorragenden Stellen die Cystenwand bildete.

d.d. Zwei hornartige Auswüchse der einen cutisartigen Stelle.
e. Areoläre Gallertcysten neben der Fett- und Haarcyste.
f. Sonde, um die hautartige Brücke emporzuheben.

Figur 3.

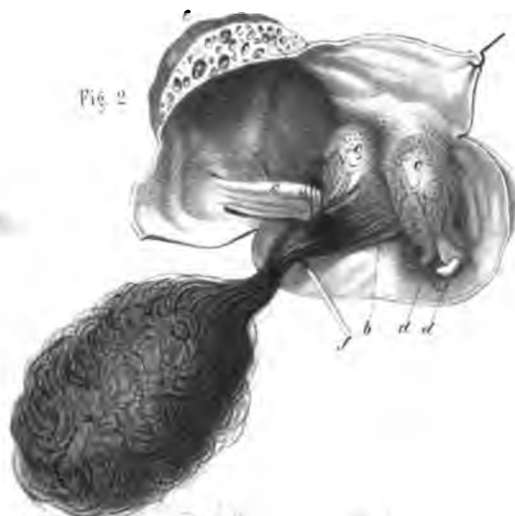
Drüsengeschwulst (Tumor adenoides) der Brustdrüse.

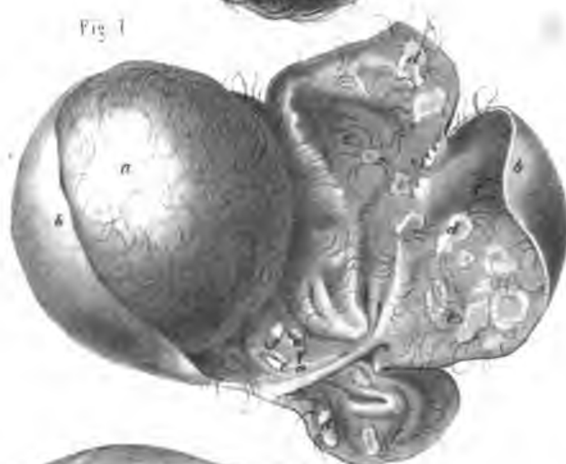
(Grösse des Originals.)

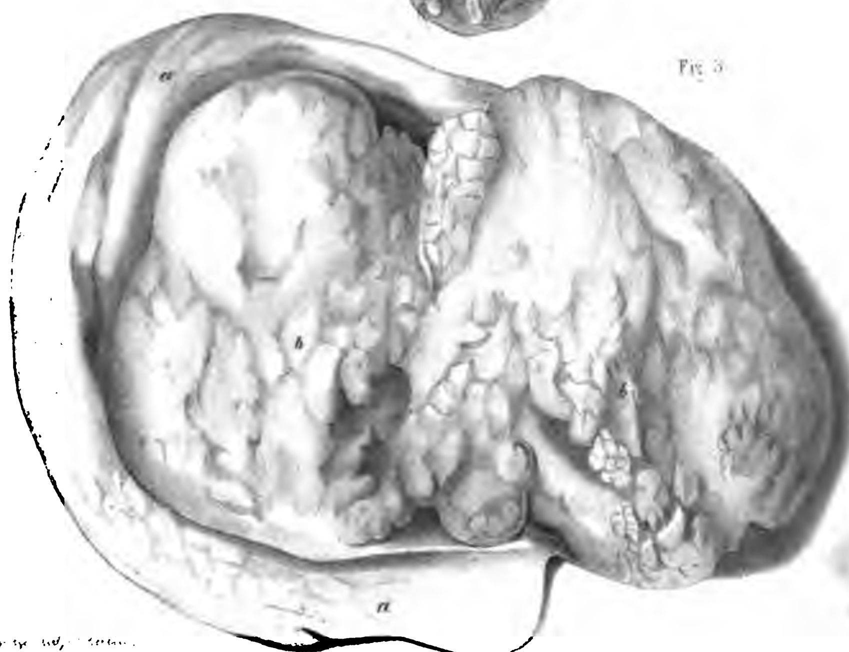
(Nach Birket, The diseases of the breast. London 1850.)

a. Die feste fibröse Hülle.
b. Die hypertrophische Drüsensubstanz, deren Endkölbchen mit Epithelium gefüllt waren.


Fig. 1a
b
c
a


Fig. 2
f
b
d
d


Fig. 1
a
b
b
d


Fig. 3
a
b
b
a

Tafel LI.

Figur 1.

Cystosarcom der Brustdrüse.

(Ein Halb der Grösse des Originals.)

(Nach A. Cooper, Darstellungen der Krankheiten der Brust. Weimar 1836. Tafel III.)

a. a. Dichtere Masse.

b. b. Cystenbüschel in den Hohlräumen.

Figur 2.

Carcinom der Brustdrüse mit Einziehung der Warze.

(Grösse des Originals.)

(Nach Birket, The diseases of the breast. London 1850. Pl. IX.)

Figur 3.

Brustkrebs mit Krebsknoten in der Haut und dem Unterhautzellgewebe von einer 83 Jahre alten Frau.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach Cruveilhier, a. a. O. Livr. 27.)

a. Degenerirte rechte Brustdrüse.

b. Degenerirte linke Brustwarze.

c. c. c. Erbsen- bis kirschgrosse Krebsknoten in der Haut.

d. d. Krebsknoten im Ueberhautzellgewebe und in der Muskelsubstanz.

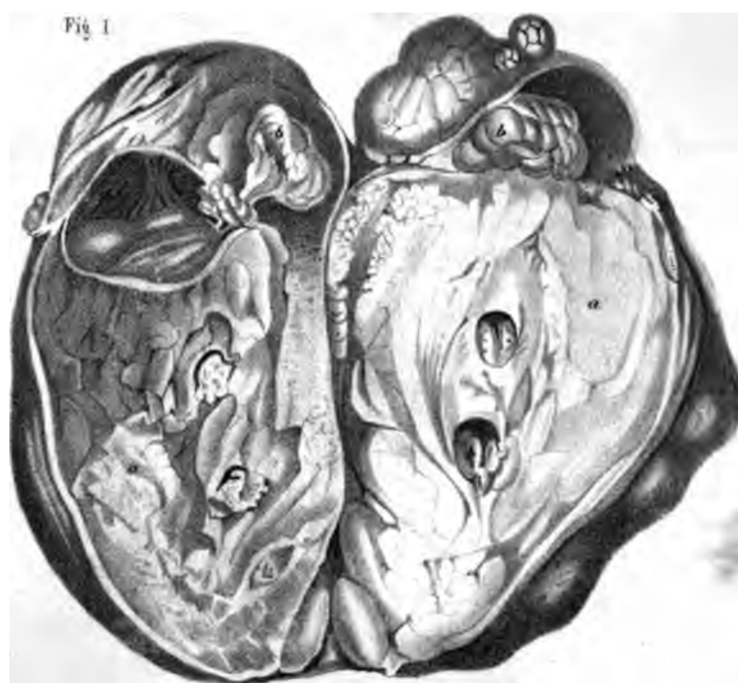
Fig 3.



Fig 2.



Fig 1.



Tafel LII.

Figur 1.

Blasenmola von einer 39 Jahre alten Secundipara, im fünften Monat der unter grossen Beschwerden, Blutungen etc. verlaufenen Schwangerschaft ausgestossen.

Eine Frucht war in der mit bräunlicher Flüssigkeit gefüllten Höhle nicht aufzufinden.

(Ein Halb der natürlichen Grösse.)

(Originalzeichnung.)

a.a.a. Deciduaüberzug.

b.b.b. An die Oberfläche durch die hinfällige Haut hervortretende Cysten.

Figur 2.

Blasenmola von einer 28 Jahre alten, zum vierten Male im achten Monat Entbundenen, an einer Stelle geöffnet, so dass die traubenähnlichen Blasen hervortreten.

(Ein Drittel des Originals.)

Nach Mdme. Boivin, Nouvelles recherches sur l'origine de la mole vésiculaire. Paris 1827. Geburtshülfl. Demonstrat. Weimar 1828. Heft 9.)



Figur 3.

Innenfläche der Eihöhle mit zu Cysten entarteten Chorionzotten, nach Eröffnung der von einer 24 Jahr alten Primipara im siebenten Monat der Schwangerschaft geborenen Blasenmola.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach Cruveilhier, Anat. pathol. Livr. I.)

a. Innenfläche des ungewöhnlich fest verwachsenen Amnion und Chorion.

b. Rest eines Embryo an einem dünnen Faden hängend.

Figur 4.

Hypertrophisch-ödematöse Chorionzotte aus einer Blasenmole.

(Nach H. Meckel, Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. II. Jahrgang. 1847. S. 133. Taf. 2. Fig. 5.)

Figur 5.

Hypertrophisch-ödematöses Bindegewebe in dem Endästchen einer Chorionzotte von einem haselnussgrossen Ei. (Mikroskopisch.)

(Zwei Drittel des Originals.)

(Nach Gierse, Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. II. Jahrg. 1847. S. 133. Taf. 3. Fig. 13.)

a. Epithelialüberzug der Chorionzotte.
b. Bindegewebe.
c.c. Maschenförmige mit Serum gefüllte Räume.
d. Zellenkerne.

Fig. 4



Fig. 3.



Fig. 5



Fig. 2





Fig. 1

A. Schütze lith. u. Berlin.

Tafel LIII.

Figur 1.

Aussenfläche eines Mutterkuchens mit Eindrücken von älteren und frischeren Blutergüssen.

(Ein Drittel der Grösse des Originales.)

(Nach Jul. Aemil. Gust. Vogel, Diss. in. de haemorrhagia placentaria interna s. apoplexia placentae. Jenae. c. Tab. 1843.)

a.a.a.a.a. Aeltere, in der regressiven Metamorphose begriffene Blutergüsse mit schaliger Faserstoffabscheidung, und Compression (Atrophie) des Placentalgewebes.

b.b.b. Frische mit dem Mutterkuchengewebe innig zusammenhängende Blutcoagula.

c. Eihäute.

Figur 2.

Aussenfläche eines Mutterkuchens, in welchem mehrere Blutergüsse sich fanden. Apoplexia placentae.

(Ein Drittel des Originals.)

(Nach Cruveilhier, anat. patholog. Livr. 16. pl. 1.)

a.a. Aufgeschnittene Blutergüsse in den Cotyledonen des Mutterkuchens.

Figur 3.

Durchschnitt des Fig. 2. von aussen abgebildeten Mutterkuchens.

(Nach Cruveilhier, a. a. O.)

a.a. Durchschnitt der Placentalblutung.

Figur 4.

Durchschnitt eines andren mit Blutergüssen durchsetzten Mutterkuchens.

(Ein Drittel des Originales.)

(Nach Cruveilhier, a. a. O.)

Figur 5.

Aussenfläche einer sowohl mit oberflächlichen, als auch in die Cotyledonen erfolgten Blutergüssen durchsetzten Placenta.

(Originalzeichnung.)

a.a.a. Oeffnungen, unter welchen die Blutheerde sich fanden.
b.b. Oberflächliche Blutgerinnsel.

Figur 6.

Spaltung eines Blutsheerds in dem Fig. 5. abgebildeten Mutterkuchen.

(Originalzeichnung.)

a.a. Blutgerinnsel.
b.b. Entsprechende Vertiefung des Placentagewebes.
c.c.c. Comprimirtes Placentagewebe.

Fig. 2.

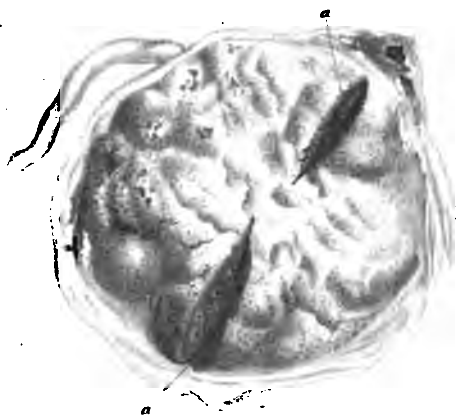


Fig. 1



Fig. 3



Fig. 4.



Fig. 5

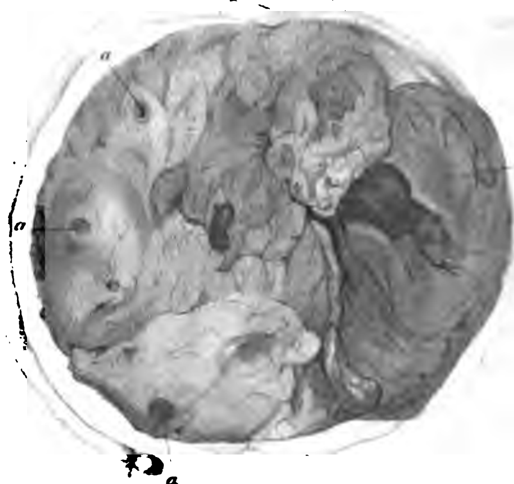
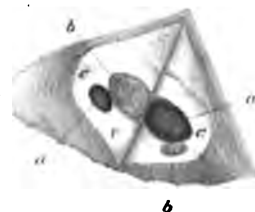


Fig. 6



Tafel LIV.

Figur 1.

Sitz des Mutterkuchens am Muttermunde. Nach dem Befund bei einer im achten Monate der Schwangerschaft nach 14tägiger Blutung unter Convulsionen Gestorbenen. Placenta praevia marginalis.

(Ein Halb des Originales.)

(Nach Jewels Obstetric plate. No. 1. Vergl. Geburtshülfliche Demonstrationen. Weimar. IX. Heft. 1828.)

a. Scheidengewölbe.
b. Der äussere Muttermund.
c. c. Ein Blutcoagulum.
d. Die Eihäute als Fruchtwasserblase hervortretend.
e. Aussenfläche des abgetrennten Mutterkuchens.
f. Placentastelle des Uterus umgeschlagen.

Figur 2.

Sitz des Mutterkuchens auf dem Muttermund, aus der Leiche einer im neunten Monate der Schwangerschaft in Folge von Gebärmutterblutung Gestorbenen. Placenta praevia centralis.

(Ein Drittel des Originales.)

(Nach W. Hunter, Anatomia uteri gravidi. Taf. XII.)

a. Die Scheide.
b.b. Der Muttermund durchschnitten.
c.c. Der vorliegende Mutterkuchen.
d. Die Eihäute.

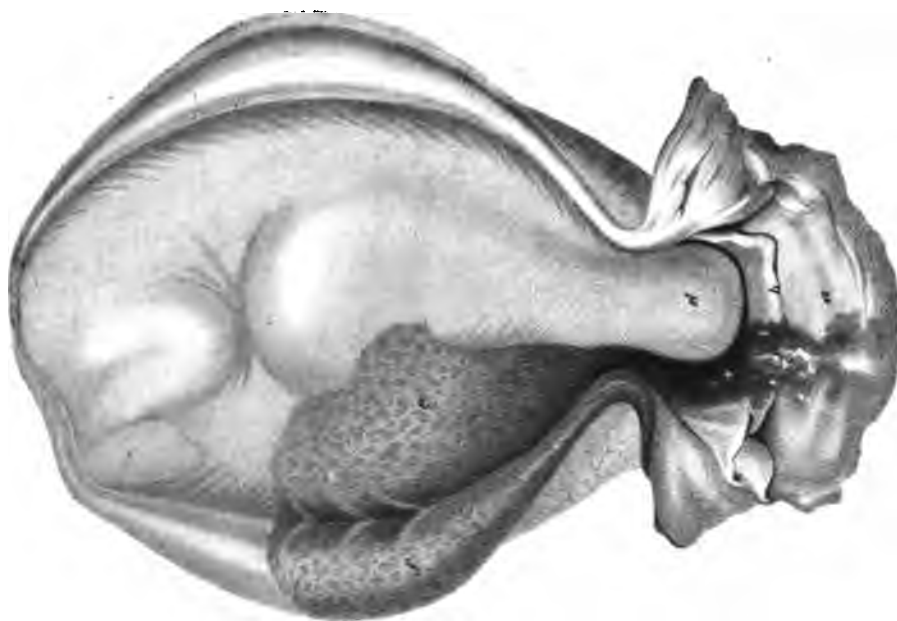


Fig. 1



Fig. 2

Tafel LV.

Figur 1.

Getheilter Mutterkuchen.

(Nach Fri. Mauer, Diss. in. Cur uno ovo concepto placenta duplicata oriatur. Jenae 1854 c. tab.)

a.a. Die beiden Hälften des Mutterkuchens.
b.b. Eihautbrücke.
c.c.c. Verbindende Nabelscbnurgefässe.
d. Nabelschnur.

Figur 2.

Gabelförmige Einsenkung der Nabelschnur in die Eihäute, entfernt von dem Mutterkuchen.

a. Nabelschnur.
b.b.b.b. Nabelschnurgefässe an den Eihäuten, von einander getrennt verlaufend.
c.c. Eihautriss, durch welchen die Frucht geboren ist.
d.d. Innenfläche des Mutterkuchens.
e.e. Aeusserer Rand des Mutterkuchens.

Figur 3.

Ein durch ungewöhnliche Schlängelung der Nabelarterien entstandenes Anhängsel der Nabelschnur, welches sich bei einem Nabelschnurvorfall fand.

Figur 4.

Nabelschnurverschlingungen und Umschlingungen bei Zwillingsfrüchten.

(Nach W. H. Niemeyer, Zeitschrift für Geburtshülfe. 1. Heft. Halle 1828.)



Fig. 2.



Fig. 1.



Fig. 4.





Fig. 5.

Tafel LVI.

Figur 1.

Bauchhöhle einer Frau, welche ein Steinkind 22 Jahre getragen hat.

(Ein Drittel der Grösse des Originales.)

(Nach Jo. G. Walter, Geschichte einer Frau, die in ihrem Unterleib ein verhärtetes Kind 22 Jahre getragen. Berlin 1778.)

a. Die Leber.
b. Das runde Band der Leber.
c. Die Gallenblase.
d. Der Magen.
e. Der Grimmdarm.
f. Der Leerdarm.
g. Der linke Unterschenkel des Steinkindes.
h. Der rechte Unterschenkel des Kindes.
i. Das grosse Netz, welches den Rücken des Kindes bedeckte.
k. Ein vom grossen Netze stammendes Gefäss, welches zum Nabel des Kindes verlief.
l. Ein zweites Gefäss, welches vom grossen Netz zum Nabel des Kindes verlief.

Figur 1.a

Das aus der Bauchhöhle (Fig. 1.) herausgenommene Lithopädion.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach Jo. G. Walter, a. a. O.)

a. a. a. Die zurückgeschlagene Incrustationshülle.
b. Die Brust.
c. Das rechte Auge.
d. Das rechte Ohr.
e. Schwarze Kopfhaare.

Figur 2.

Eine während des vierten Schwangerschaftsmonates im unversehrten Ei unter Blutungen abgestorbene Frucht, welche incrustirt in dem wohlerhaltenen Ei erst im 6. Monat ausgestossen wurde.

(Nach Fr. Aem. Knopff, Diss. in. exhibens novum lithopaedii exemplum. Jenae 1845.)

Figur 3.

Ein Steinkind, welches 40 Jahre lang von einer Bäuerin im Unterleibe getragen wurde, obschon dieselbe noch 2 Mal reife Kinder glücklich gebar.

(Ein Halb der Grösse des Originales.)

(Nach W. Kieser, das Steinkind von Leinzell. Stuttgart 1854.)

a.a.a. Aussenfläche der Kalkschale mit Hervorragungen *b.b.* und verschrumpften Membranen *c.c.c.*
d. Innenfläche der Schale.
e. Der von dem Secanten mit dem Beil durchgehauene Theil des Kalkgehäuses.
f. Augengegend der Frucht.
g. Abgeflachte Wangengegend.
h. Plattgedrückte Nase.
i. Wulst der geschrumpften Lippen.
k. Epithel der Zunge durch eingelagerte Kalksalze erhärtet.
l. Rechte obere Extremität.
m. Rechte Hand mit durchschnittener Phalanx des Daumens.
n. Linker Vorderarm mit der Kalkschale verschmolzen.
o. Linkes Knie.

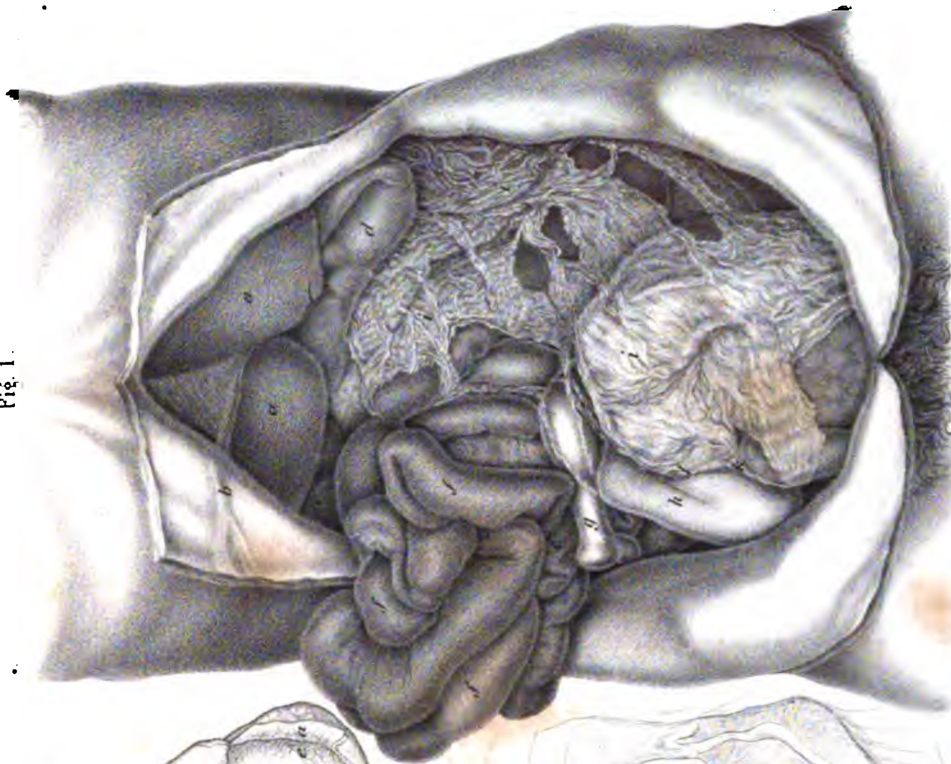


Fig. 1.



Fig. 1a



Fig. 3.

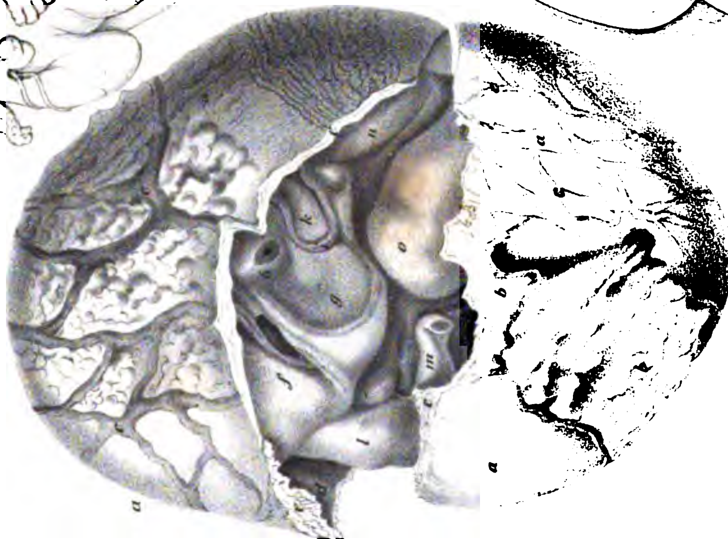


Fig. 2.

Tafel LVII.

Figur 1.

Hydrocephalus neben Spina bifida bei einem im Sommer 1860 in der geburtshülflichen Poliklinik zu Berlin durch die Wehen ausgetriebenen Kinde.

Figur 2.

Ein mit Hirnbruch behafteter Fötuskopf.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)

(Nach W. Vrolik, Tabulae ad illustrandam embryogenesin hominis et mammalium. Amstelodami 1849. Taf. 43.)

Figur 3.

Mangel des Kopfs und der oberen Extremitäten bei einer 9 Zoll langen fettreichen Zwillingsfrucht.

(Ein Halb der Grösse des Originals.)

(Nach Sandifort bei W. Vrolik, a. a. O. Taf. 49.)

a. a. Die Gegend der Brüste ist durch ein Paar Falten mit einer mangelhaften Warze bezeichnet.

b. Eine kleine Längsspalte, welche zu einem Blindsack in einer Fissura sterni führt.

c. Von einer zarten Haut bedeckter Nabelbruch, in welchen der schwache Nabelstrang sich einsenkt.

d. Männliche Geschlechtstheile mit leerem Scrotum.

e. Der rechte Fuss zeigt zwei Zehen.

f. Der linke Fuss zeigt drei Zehen mit Nagelanfängen.

Herz, Magen, Leber, Milz, Pancreas, sowie Duodenum fehlen; von den Lungen sind geringe Spuren in dem durch jederseits 10 Rippen gebildeten Thorax nachzuweisen. Die Wirbelsäule zeigt über dem einzigen letzten Halswirbel ein kleines bewegliches Knöchelchen, ferner 10 Rückenwirbel und 5 Lendenwirbel.

Figur 4.

Vollständige Ectopie der Brust- und Baucheingeweide bei einer weiblichen Frucht mit Kloakenbildung.

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)
(Nach Vrolik a. a. O. Taf. 22).

a. a. Die innere Membram des die Eingeweide umschliessenden Sackes, das Bauchfell.
b. b. Das mit der Choriondecke des Mutterkuchens verbundene Amnion.
c c. Mutterkuchen.
d. d. Nabelarterien, welche zu den sehr kurzen, fast fehlenden Nabelstrang verlaufen.
e. e. Ureterenmündungen.
f. Vom Sphincter ani umgebener After.
g. Scheide.
h. Blinde Oeffnung, den After andeutend.
i. i. Zwei Hautfalten als Andeutung der grossen Schamlefzen.

Die Wirbelsäule ist so sehr nach hinten gebogen, dass die Fersen das Hinterhaupt berühren.

Figur 5.

Mangel der einen unteren Extremität. Monopodia.

(Ein Halb des Originals, Ein Viertel natürlicher Grösse.)
(Nach Vrolik, a. a. O. Taf. 63).

a Der bei der Extraction des Kindes mit der Kopfzange abgerissene, einen halben Zoll lange Nabelstrang.
b. Grosser Nabelbruch mit sehr dünner Haut bedeckt, durch welche die Darmschlingen und die Leber hindurchschimmern.
c. Hautspalte, in welche eine Sonde tief eingeschoben werden konnte.
d. An der allein vorhandenen linken Unterextremität zeigt der Fuss nur drei Zehen.

Fig. 1.



Fig. 5



Fig. 2.



Fig. 3



Fig. 4



Tafel LVIII.

Figur 1.

Geborstener angeborener Nabelbruch, Acrania, Cyclopia mit Rüsselbildung und Mangel des Oberkiefers.

(Ein Drittel der Grösse des Originales.)

(Nach Vrolik a. a. O. Taf. 26.)

a. Mangel des Schädeldaches.
b. Rüsselbildung.
c. Monoculus.
d. Mit einander verwachsene Ohren, wegen Mangel des Oberkiefers.
e. e. Ectopie der Baucheingeweide in einem bei der Geburt geborstenen Nabelbruch, in Folge dessen die Wirbelsäule stark gekrümmt ist.
f. Nabelstrang.

Figur 2.

Ein in der Fusslage geborener männlicher Fötus mit innerem Wasserkopf.

(Ein Drittel des Originals.)

(Nach Vrolik a. a. O. Taf. 35.)

Die Extremitäten sind auffallend kurz, der Bauch sehr stark, obgleich er keine Flüssigkeit enthält.

Figur 3.

Acranie (Anencephalie) mit ausgedehnter Rückgrathsspalte, Stellung der Augen nach oben und tiefen Stand der Ohren.

(Ein Drittel der Grösse des Originales.)

(Nach Vrolik a. a. O. Taf. 41.)

Tafel LIX.

Figur 1.

Verwachsung der Kopfhaut mit dem Mutterkuchen, Hirnbruch, doppelte Hasenscharte und Gaumenspalte, Ectopie des Herzens bei einer reifen männlichen Frucht.

(Ein Drittel der Grösse des Originales.)
(Nach Vrolik a. a. O. Taf. 27.)

a. Am Zeigefinger der rechten Hand fand sich eine ringförmige Abschnürung, sowie an der Spitze des rechten Mittelfingers ein fadenförmiger Anfang bemerkt wurde.

Figur 2.

Sympodie (Monstrum sireniforme).

(Ein Drittel der Grösse des Originals.)
(Nach Vrolik a. a. O. Taf. 65.)

a. Rest des Nabelstrangs, welcher, wie hierbei gewöhnlich, nur eine Arterie zeigt.
b. Hautfalte, welche einen Hoden enthält, während die Begattungsorgane sowie der After, wie hier gewöhnlich, fehlen.

Figur 3.

Verwachsung der beiden Unterextremitäten.

(Ein Halb der natürlichen Grösse.)
(Cruveilhier, Anat. pathol. Livr. 40. pl. 6.)

a. Klumphand.
b.b. Beide Beine sind vollständig vorhanden, jedoch bis zu den Vorderfüssen in einer gemeinschaftlichen Hautdecke eingeschlossen. Die Füsse kehren einander die Fusssohle zu.
c. Eine kleine Warze als Andeutung der äusseren Geschlechtstheile.

Figur 4.

Cyklopie mit Rüsselbildung und Wasserkopf bei einem Zwillingskinde.

(Nach Otto, monstrorum sexcentorum descriptio anatom. Vratislav. 1841. Taf. II. Fig. 3.)

Figur 5.

Mangelhafte Bildung der Finger, sogenannte Selbstamputation.

(Natürliche Grösse.)

(Nach Vrolik a. a. O. Taf. 76.)

Figur 6.

Einköpfige Doppelmissgeburt, Janiceps.

(Ein Viertel der natürlichen Grösse.)

(Nach Vrolik a. a O. Taf 96.)

An der hinteren Seite des Kopfes finden sich noch zwei unter einander verwachsene äussere Ohren.

Fig. 4.



Fig. 6.



Fig. 5



Fig. 2



Fig. 1



Fig. 3



Tafel LX.

Figur 1.

Eine Doppelmissgeburt mit zwei Köpfen, vier Armen und drei Beinen, welche sofort nach einer ausgetragenen männlichen Frucht von einer kräftigen, 35 Jahre alten Bauerfrau (Mutter von 5 Söhnen — davon zwei ein Zwillingspaar — und 3 Töchtern), unter dem Beistand von zwei Hebammen geboren wurde.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach J. G. Walter, Anatomische Beobachtungen. Berlin 1782.)

a. Hodensack ohne Hoden.
b. Verschlossener After.
c. Gemeinschaftliche dritte Unter-Extremität mit 8 Zehen (zwei davon durch festes Bindegewebe mit einander vereinigt).
d.d. Der gemeinschaftliche Nabelstrang, welcher 3 Ellen lang gewesen sein soll.

Figur 2.

Das Skelet der Figur 1. abgebildeten Doppelmissgeburt mit gemeinschaftlichem Becken.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

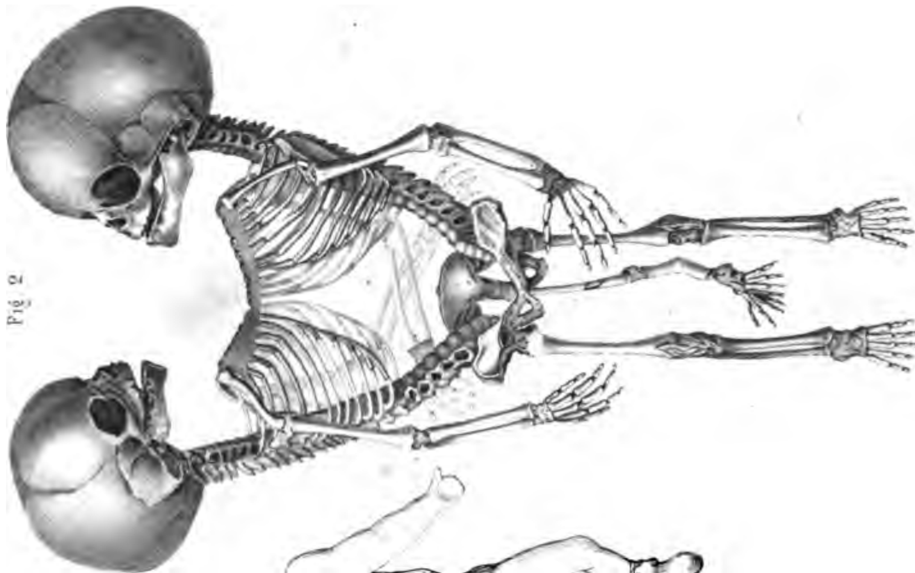
(Nach J. G. Walter a. a. O.)

Figur 3.

Gliederabschnürung durch Exsudatfäden, Amputatio spontanea.

(Nach W. F. Montgomery, die Lehre von den Zeichen, Erscheinungen und der Dauer der Schwangerschaft. Deutsch von Schwann. Bonn 1839.)

Taf. LX.







Tafel LXI.

Figur 1.

Querlage der Frucht in der aufgeschnittenen Gebärmutter während des siebenten Schwangerschafts-Monates.

(Nach H. Fr. Kilian, geburtshülflicher Atlas.)

a. Die aufgeschnittene Scheide.
b. Der Mutterhalskanal.
c.c. Die Innenfläche der Gebärmutterwandungen.
d.d. Die Lederhaut.
e. Die Wasserhaut.
f. Der Mutterkuchen.
g. Der Nabelstrang.
h. Die Frucht.

Figur 2.

Die gewöhnlichere Schulterlage, Kopf links, Rücken vorn, Füsse hinten und rechts.

(Schematisch.)

Figur 3.

Eine Querlage der Frucht mit vorgefallenem Arm, Kopf rechts nach vorn und links.

(Schematisch.)

Taf. LXI.

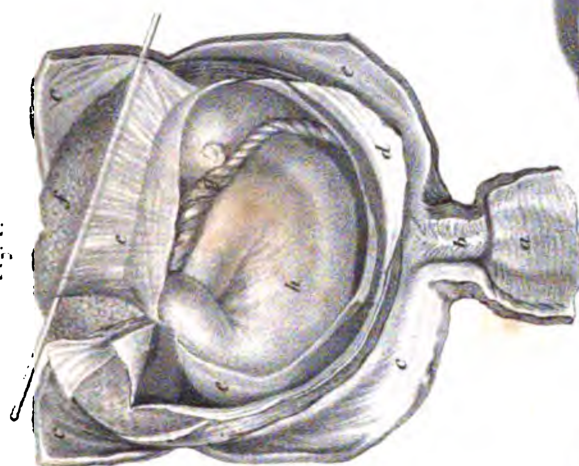

Fig. 1.


Fig. 3


Fig. 2

Tafel LXII.

Figur 1.

Geradverengtes Becken in Folge von überstandener Rachitis.

a. Doppelter Vorberg, daher geringe Tiefe der Kreuzbein-Aushöhlung.
b.b. Wenig entwickelte Darmbeine, daher der vordere Querdurchmesser des grossen Beckens fast gleich gross dem hinteren Querdurchmesser.

Figur 2.

Geradverengtes Becken in Folge von überstandener Rachitis mit ungleicher Raumbeschränkung der beiden Seitenhälften in Folge von Skoliose der Lenden- und Kreuzwirbel und Einwärtsgedrängtsein der linken Pfanne.

Fig. 1.

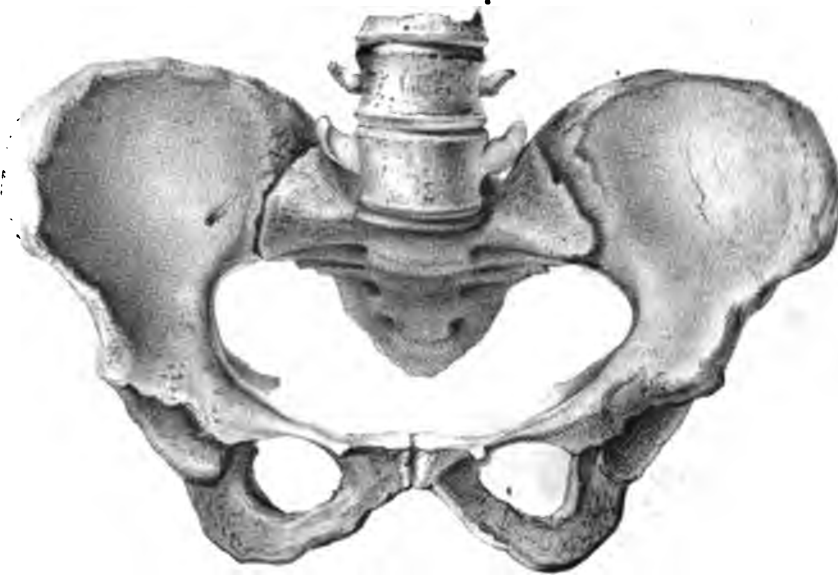


Fig. 2.



Tafel LXIII.

Figur 1.

Geradverengtes Becken mit herabgesunkenem Vorberg und hineingedrängten Pfannen in Folge von langdauernder Rachitis.

(Pseudo-osteomalacisches Becken).

Figur 2.

Durchschnitt eines geradverengten Beckens in Folge von Wirbelschiebung, Spondylolisthesis.

(Das Paderborner Becken nach H. F. Kilian, Schilderungen neuer Beckenformen. Mannheim 1854. Taf. 2.)

Taf. LXIII

Fig. 1.



Fig. 2



Ad. Schütze lith. Berlin

Tafel LXIV.

Figur 1.

Querverengtes Becken durch Hereingedrängtsein beider Pfannen in Folge von Osteomalacie der Erwachsenen.

(Geringer Grad der Verunstaltung.)

Figur 2.

Querverengtes Becken durch Hereindrängen beider Pfannen bis zur Knickung der Schambeinäste, mit Herabsinken des Vorbergs in Folge von Knochenerweichung der Erwachsenen.

(Höherer Grad der Verunstaltung.)

Fig. 1.

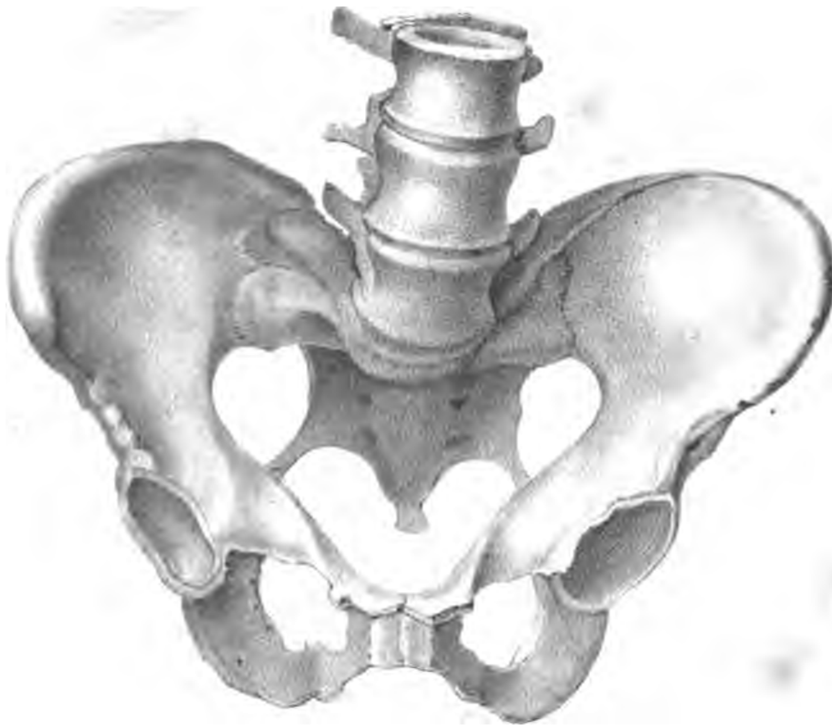


Fig. 2



Tafel LXV.

Figur 1.

Querverengtes Becken in Folge von frühzeitig erworbener Ankylose der beiden Hüftkreuzbeinfugen.

(Entbindung mittelst Perforation und Kephalothrypsie)

(Nach Lambl, in Prager Vierteljahrschr. 1854. II. Band.)

Figur 2.

Raumbeschränkung des Beckens durch Exostose am Kreuzbein.

(J. Leydig's Fall von Kaiserschnitt.)

(Nach Eli de Haber praes. Fr. C. Naegele, Diss. exhibens casum rarissimum partus, qui propter exostosin in pelvi absolvi non potuit. Heidelberg 1830.)

Taf. LXV.

Fig. 1

Fig. 2

A. Schütze lith. Berl.

Tafel LXVI.

Figur 1.

Schrägverengtes Becken in Folge von in früher Kindheit erworbener Ankylose der linken Hüftkreuzbeinfuge.

(Nach einem Exemplar in der Sammlung der geburtshülflichen Klinik zu Berlin.)

Figur 2.

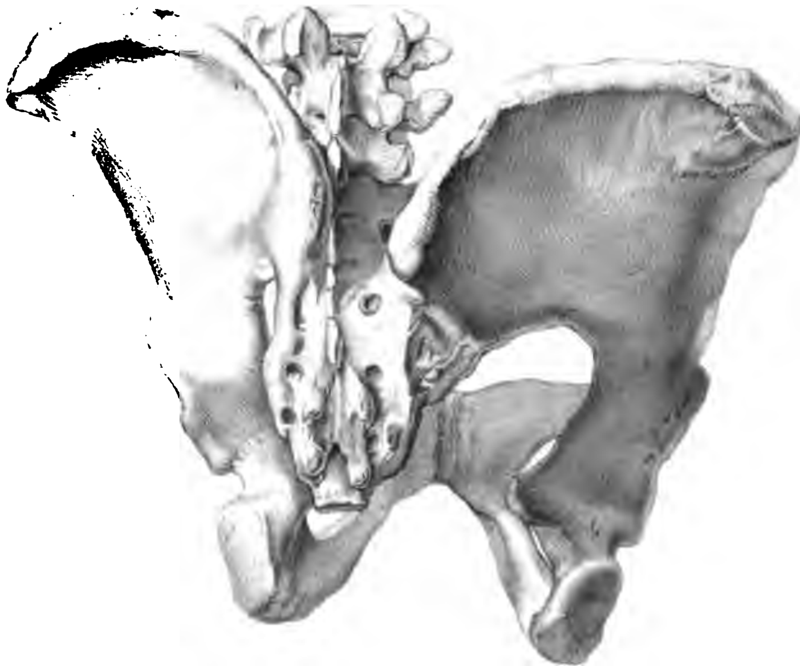
Schrägverengtes Becken in Folge von Ankylose der linken Hüftkreuzbeinfuge, von hinten gezeichnet.

(Nach Fr. C. Naegele, das schrägverengte Becken. Mainz 1839. Taf. V.)

Fig. 1.



Fig. 2.



Tafel LXVII.

Figur 1.

Exostose an der linken Synostosis pubo-iliaca, Stachelbecken.

(Velten's Becken von einer Erstgebärenden, welches nach einer ausgedehnten, dem Stachel entsprechenden Zerreissung des Uterus unter der Geburt, aus der Leiche genommen und dem Bonner anatomischen Museum einverleibt wurde.)

(Nach H. Fr. Kilian, Schilderung neuer Beckenformen. Mannheim 1854. Taf. IV.)

Figur 2.

Raumbeschränkung des Beckens durch Knochenkrebs bei einer zum vierten Male (von einer 7monatlichen abgestorbenen Frucht) ohne Kunsthülfe Entbundenen.

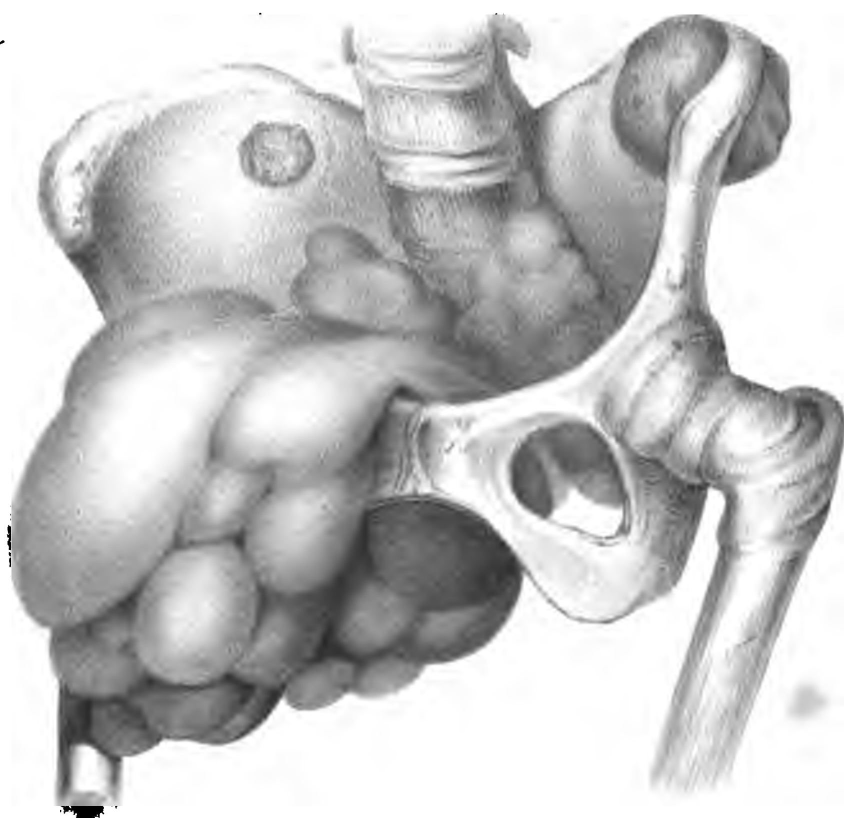
(Das Becken befindet sich in der Sammlung der Jenaischen Gebäranstalt.)

(Nach einer Zeichnung von Prof. Förster. Vergl. E. Martin über den Krebs der Beckenknochen als Geburtshinderniss. Illustr. med. Zeitung. München 1851. Bd. III. Heft 4.)

Fig. 1



Fig. 2.



Tafel LXVIII.

Figur 1.

Milchglasspeculum mit Obturator.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach Carl Mayer.)

Figur 1.a

Hölzerner Obturator zum Mutterspiegel.

Figur 2.

Durchbrochenes Badespeculum von Gutta-Percha.

Figur 3.

Uterussonde von Neusilber mit plattem Griff.

(Ein Viertel natürlicher Grösse.)

(Nach E. Martin.)

a. Marke für die gewöhnliche Länge der Gebärmutterhöhle und des Mutterhalskanales.

(Bei dem gleichgestalteten Aetzmittelträger für die Gebärmutterhöhle findet sich am obern Ende ein Halbkanal von Platina zur Aufnahme des Höllensteins).

Figur 4.

Ueber die Fläche gebogene Scheere zur Incision des rigiden Muttermundes wie zur Abtragung von Polypen u. dergl.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach E. Martin.)

Figur 9.

Intrauterinpessarium aus Zink und Kupfer.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach Simpson und E. Martin).

Figur 10.

Beweglicher Uterus-Rectifikator von Elfenbein mit Buchsbaumkranz und Stellfeder.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach Simpson und E. Martin.)

Figur 11.

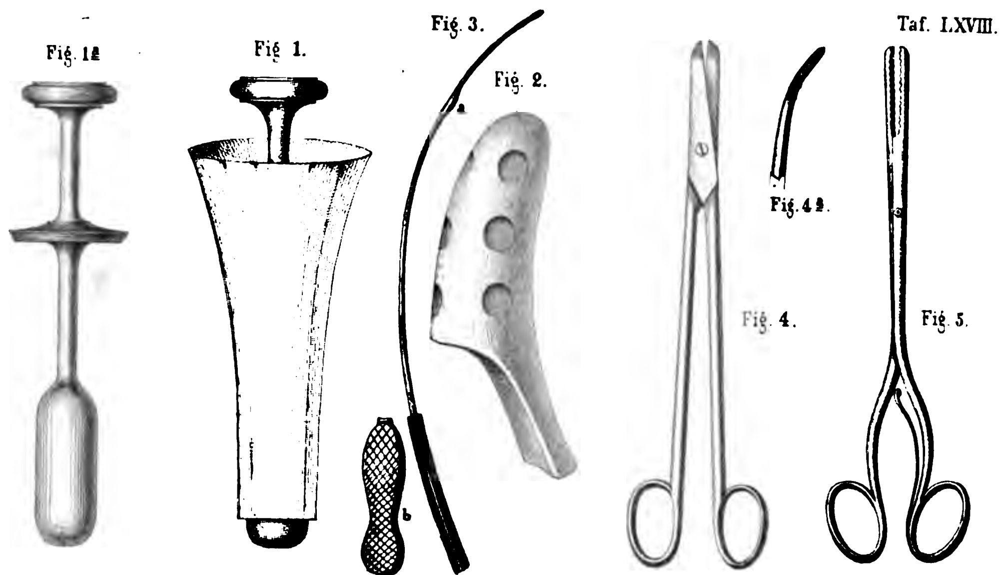
Zweiflügliger Uterusträger, Mutterflügel.

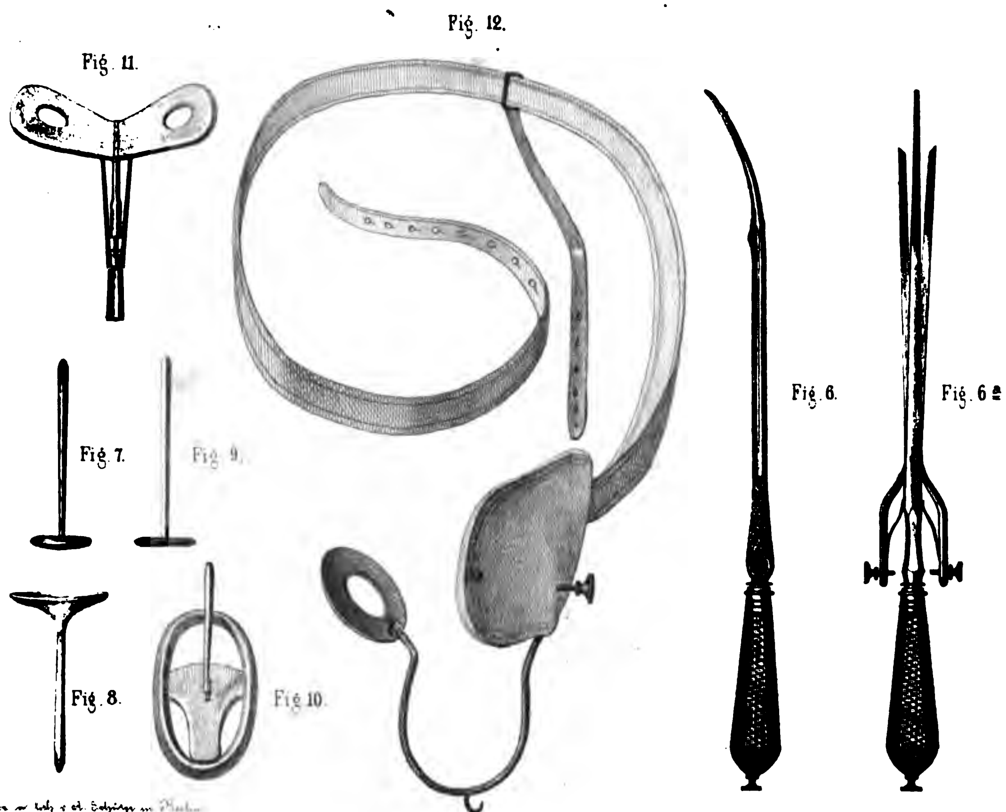
(Nach Zwank und Schilling.)

Figur 12.

Scheiden- und Gebärmutterträger.

(Nach Roser und E. Martin.)


Fig. 1a
Fig. 1.
Fig. 3.
a
Fig. 2.
b
Fig. 4a.
Fig. 4.
Fig. 5.


Fig. 12.
Fig. 11.
Fig. 7.
Fig. 9.
Fig. 8.
Fig. 10.
Fig. 6.
Fig. 6a

Tafel LXIX.

Figur 1.

Aeusserer zerlegbarer Beckenmesser.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach E. Martin.)

Figur 1.a

Eine einzelne Hälfte des Beckenmessers mit eingeschlagenem Maassstab.

Figur 2.

Nabelschnurrepositorium aus Fischbein mit Maassstab.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach E. Martin.)

Figur 3.

Nach innen und aussen schneidendes scheerenförmiges Perforatorium

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach Smellie.)

Figur 4.

Nach aussen schneidendes Perforatorium.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

Nach Fr. C. Nägele.)

Figur 5.

Trepanförmiges Perforatorium

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach We[illegible]beck und E. Martin.)

Figur 5.[a]

Trepankrone mit hervortretender schraubenähnlicher Spitze.

Figur 5.[b]

Tulpenförmige Hülse des Perforatorium von Neusilber.

Figur 5.[c]

Durchbohrter Griff des Perforatorium.

Figur 5.[d]

Schraubenmutter zum Perforatorium.

Figur 6.

Schädelzange zur Auslösung der Schädelknochen und Ausziehung des Kopfs nach vollendeter Perforation.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

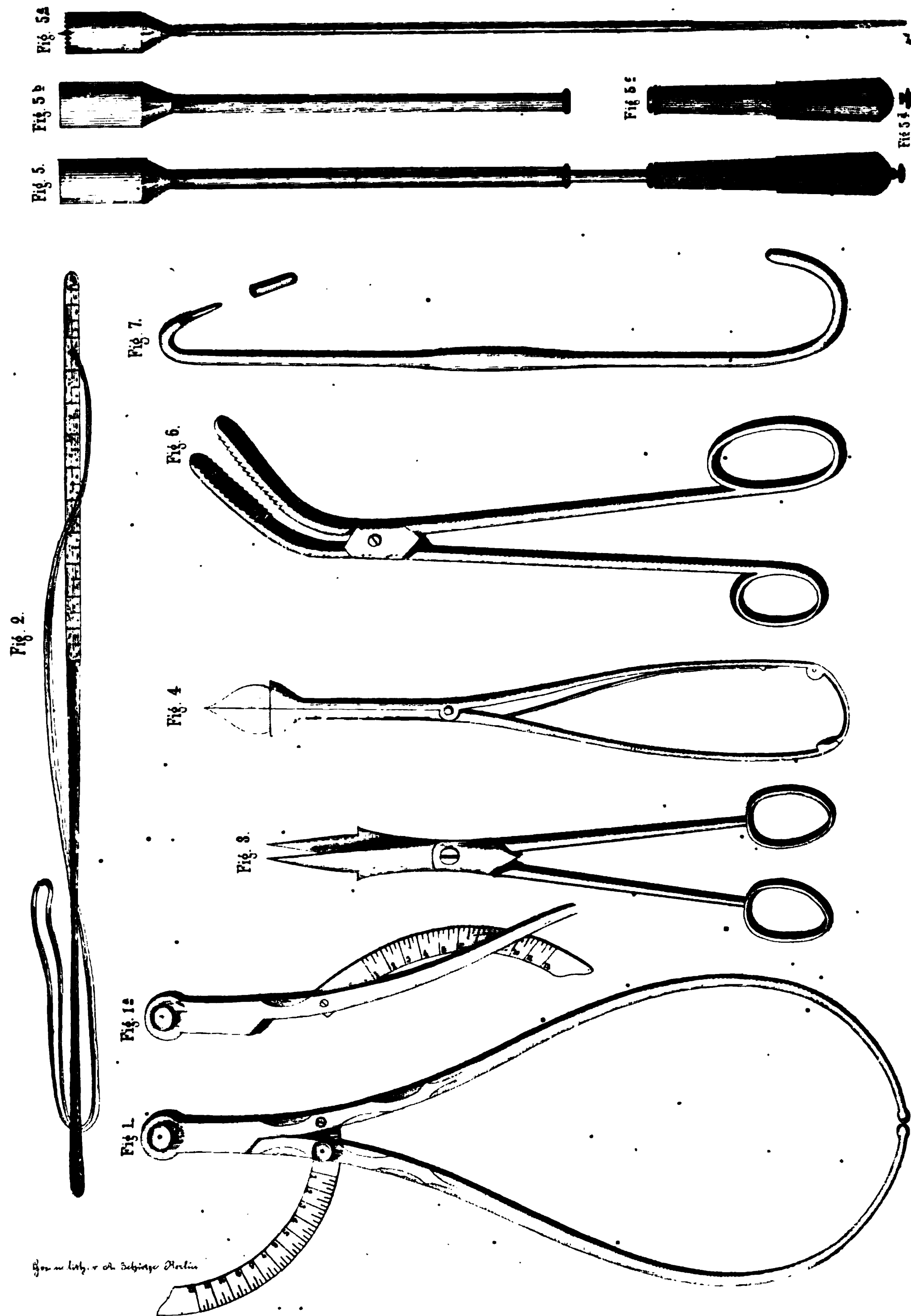
(Nach Mesnard.)

Figur 7.

Stumpfer und scharfer Haken mit Spitzendecker.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach Smellie und E. Martin.)


Fig. 5a
Fig. 5b
Fig. 5c
Fig. 5d
Fig. 5.
Fig. 7.
Fig. 6.
Fig. 2.
Fig. 4.
Fig. 3.
Fig. 1a
Fig. 1.

Tafel LXX.

Figur 1.

Chamberlen's Geburtszange.

Figur 2.

Palfyn's Geburtszange.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

Figur 2.a.

Einzelnes Blatt der Palfyn'schen Zange.

Figur 3.

Eine englische kurze gerade Geburtszange mit Lederüberzug (nach Orme).

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Nach einem Exemplar der Instrumentensammlung der Königl. Entbindungs-Anstalt zu Berlin.)

Figur 3.a.

Einzelnes Blatt der Orme'schen Geburtszange.

a. Englisches Schloss (Junctura per contabulationem.)

Figur 4.

Levret's Geburtszange mit Kopf- und Beckenkrümmung (III).

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

Figur 4.a

Rechtes, weibliches Blatt der Levret'schen Geburtszange.

a. Französisches Schloss (Junctura per axin.)
b. Erhabener Rand der Rippen des Fensters.



Taf LXX.

Fig. 3.

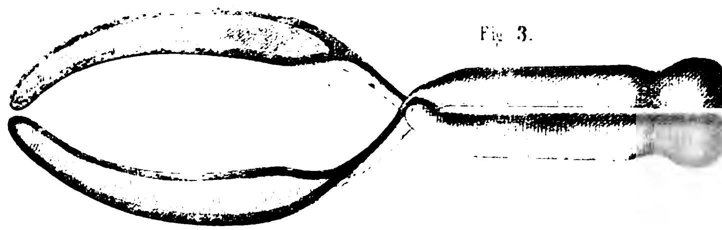


Fig. 3 a

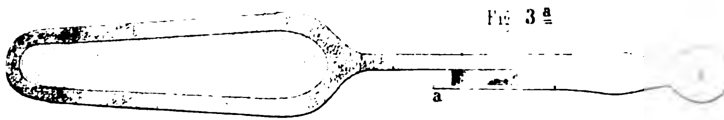


Fig. 4 a

Fig. 1.



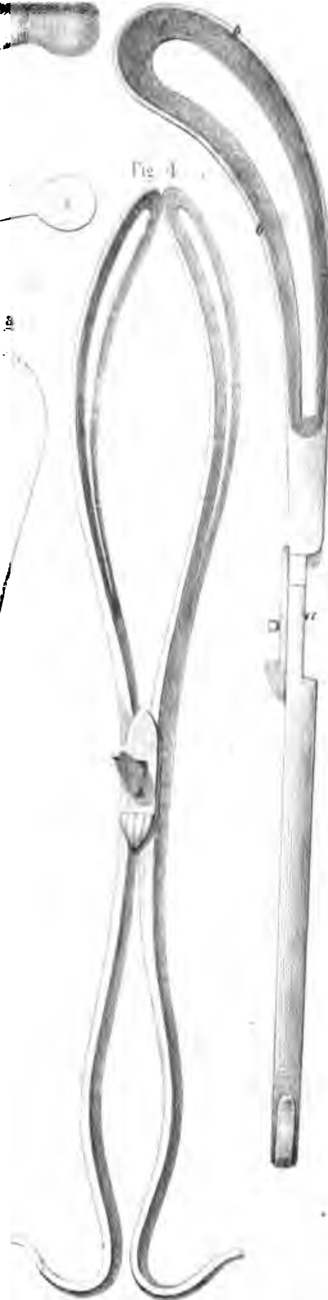
Fig. 2.



Fig. 2 a



Fig. 4



Tafel LXXI.

Figur 1.

E. Martin's Geburtszange.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Vergl. Ed. Martin's Beiträge zur Gynäkologie. 1. Heft. Jena 1848.)

Figur 1.[a]

Rechtes Blatt der Martin'schen Geburtszange.

Figur 2.

E. Martin's Kephalothryptor.

(Ein Drittel natürlicher Grösse.)

(Vergl. Ed. Martin's Beiträge zur Gynäkologie. 1. Heft. Jena 1848.)

Figur 2.[a]

Rechtes Blatt des Martin'schen Kephalothryptor.

Figur 2.[b]

Compressionsschraube des Martin'schen Kephalothryptor.

Figur 2.[c]

Querbalken, welcher in den Kopf der Compressionschraube eingeschraubt wird.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

Taf. LXXI

